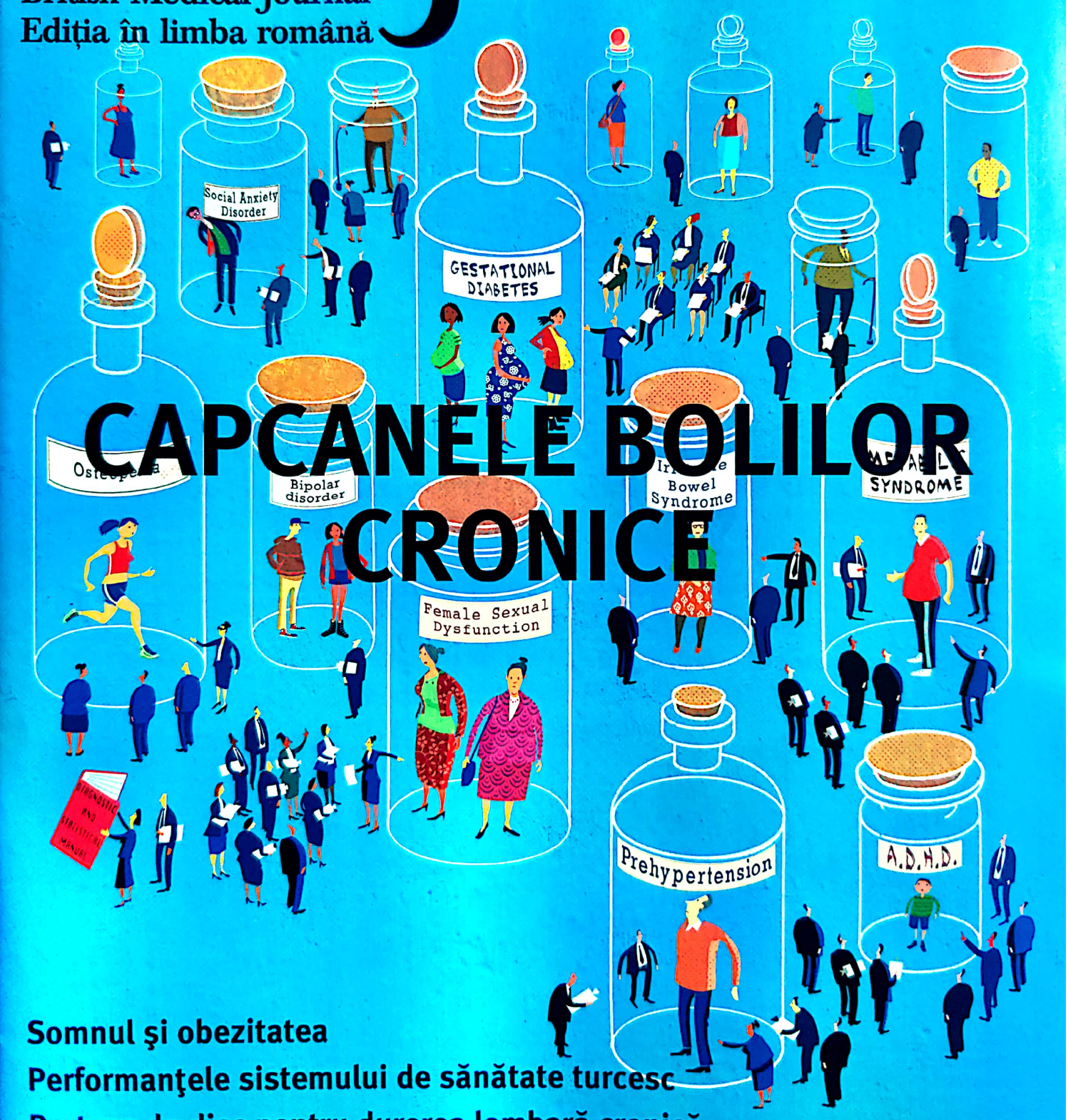
BMJ

British Medical Journal
Ediția în limba română

- 5 credite CMR/abonament anual
- 5 credite CMDR/abonament anual
- 20 ore EMC – chestionar completat de medici
- 10 ore EFC/abonament anual

VOLUM 18; ISSN 1222-5835
Septembrie 2011/www.bmj.ro



CAPCANELE BOLILOR CRONICE

Somnul şi obezitatea
Performanţele sistemului de sănătate turcesc
Proteza de disc pentru durerea lombară cronică
Abordarea exacerbărilor la pacientul cu BPOC

Un produs TARUS

Scanned with OKEN Scanner

Nestlé
Începe sănătos
Crește sănătos

Protecție dovedită clinic
pentru toți sugarii care nu sunt alăptați

Alăptarea este metoda ideală de alimentație a nou-născuților și sugarilor.
Când mama nu poate alăpta exclusiv, o formulă de lapte cu rezultate dovedite științific este o soluție sigură (de completare a laptelui de mamă).

Gama NAN continuă protecția dată de laptele de mamă:

- **OPTI PRO** pentru prevenirea obezității pe termen lung.
- **Bifidus BL** pentru protecție față de infecții digestive și respiratorii.
- **LC-PUFA și imunonutrienți** importanți pentru sistemul imunitar.

De la naștere | De la 6 luni | De la 12 luni | De la 18 luni

www.nestlenutrition-institute.org

NOTĂ IMPORTANTĂ: Organizația Mondială a Sănătății (OMS*) recomandă ca femeile gravide și cele care tocmai au devenit mame să fie informate despre avantajele și superioritatea alăptării. Ele trebuie să știe că laptele matern este cea mai bună hrană pentru nou-născut și cea mai bună cale de a-l proteja de boli. Mamele trebuie învățate cum să se pregătească pentru alăptare și cum să întrețină lactația, alimentația bine echilibrată având un rol deosebit, atât în perioada sarcinii cât și după naștere. Din cauza efectului negativ asupra lactației, trebuie evitată introducerea fără rost a alimentației parțiale la biberon sau a altor băuturi sau mâncăruri. De asemenea, mamele trebuie avertizate asupra dificultăților de a reveni asupra deciziei de a nu alăpta. Înainte de a le sfătui să aleagă o formulă de lapte, mamele trebuie sfătuite și asupra implicațiilor sociale și financiare ale acestei decizii. De exemplu, dacă un sugar este hrănit în exclusivitate cu biberonul, va fi nevoie de mai mult de o cutie de lapte pe săptămână, așadar trebuie avută în vedere situația economică a familiei. Mamele trebuie să știe că alăptarea este nu numai cel mai bun, dar și cel mai puțin costisitor mod de alimentație a sugarului. Dacă a fost luată hotărârea de a alege o formulă pentru sugari, mamele trebuie să fie bine informate asupra modului corect de preparare, subliniind că apa fiartă, biberoanele nesterilizate sau prepararea incorectă a formulei pentru sugari constituie tot atâtea posibile cauze de îmbolnăvire a nou-născutului.

Scanned with OKEN Scanner

BMJ
Ediţia în limba română
www.bmj.ro

Un produs
TARUS Media

Prescrierea concomitentă de clopidogrel şi inhibitori ai pompei de protoni, pp. 290, 318

Proteza de disc pentru durerea lombară, pp. 296, 312

Somnul şi obezitatea, pp. 285, 311, 320

Sistemul de sănătate din Turcia, p. 305

EDITORIALE

285 Carenţa prelungită de somn este asociată cu obezitatea?
Foarte posibil şi s-ar putea ca, pe termen lung, să aibă şi alte efecte nedorite asupra stării de sănătate, sunt de părere Francesco P Cappuccio şi Michelle A Miller
» *Cercetare, p. 311, Sinteză clinică, p. 320*

287 Sistemul în buclă închisă pentru controlul diabetului de tip 1
Se arată a fi promiţător în condiţii de cercetare, dar necesită perfecţionare suplimentară în practică, apreciază Boris Kovatchev
» *Cercetare, p. 315*

290 Prescrierea concomitentă de clopidogrel şi inhibitori ai pompei de protoni
Un trial randomizat recent arată că nu există nicio reacţie importantă clinic, afirmă Gary R Small, Benjamin J W Chow şi Derek Y F So
» *Cercetare, p. 318*

292 Tratamentul cu β-blocante la pacienţii cu BPOC
Poate să amelioreze simptomele respiratorii şi să reducă mortalitatea, independent de efectele cardiovasculare, cred Shamsah Kazani şi Elliot Israel
» *Cercetare, p. 316*

294 Blocanţii receptorilor pentru angiotensină şi rezultatele cardiovasculare
Există dovezi solide ce resping ipotezele propuse anterior, privind un risc crescut, susţine F D Richard Hobbs
» *Cercetare, p. 314*

296 Proteza de disc pentru durerea lombară joasă, cronică
Dovezile actuale sugerează că aceasta poate fi cea mai bună soluţie chirurgicală, afirmă Jeremy Fairbank
» *Cercetare, p. 312*

298 Creşterea siguranţei pacienţilor cu ajutorul educaţiei
Există o ocazie excelentă pentru a include pregătirea în domeniul abilităţilor interpersonale în programul de studii universitare şi postuniversitare, arată Simon Paterson-Brown

ŞTIRI

301 Tratamentul preventiv ar putea reduce riscul apariţiei cancerului mamar

302 Încă 1,4 milioane de pacienţi săraci infectaţi cu HIV au fost trataţi în 2010

Guvernele ţărilor din Africa Sub-Sahariană trebuie să găsească o rezolvare a problemei bolilor cronice

303 Un grup de experţi OMS încadrează telefoanele mobile în clasa "carcinogenilor posibili" pentru om

304 Noile regulamente europene prevăd înregistrarea obligatorie a tuturor remediilor naturiste

ANALIZE

305 Sistemul de îngrijire medicală în Turcia: de la statutul de codaş la cel de fruntaş
Enis Barış şi colegii săi observă că indicii de sănătate ai Turciei i-au ajuns din urmă pe cei ai altor ţări cu venituri medii, ba chiar i-au şi depăşit, ca rezultat atât al angajamentului politic faţă de asigurările universale de sănătate cât şi al investiţiilor semnificative în sistem

NOUTĂŢI MEDICALE

Din alte jurnale medicale internaţionale

CERCETARE

311 Analiza longitudinală a somnului corelată cu IMC şi cu ţesutul adipos, la copii: studiul FLAME
Philippa J Carter, Barry J Taylor, Sheila M Williams, Rachael W Taylor
» *Editorial, p. 285, Sinteze clinice, p. 320*

312 Intervenţia chirurgicală cu protezare discală *versus* recuperarea medicală, la pacienţii cu durere lombară joasă şi degenerescenţă discală: studiu randomizat, cu supraveghere pe doi ani
Christian Hellum, Lars Gunnar Johnsen, Kjersti Storheim, Øystein P Nygaard, Jens Ivar Brox, Ivar Rossvoll, Magne Rø, Leiv Sandvik, Oliver Grundnes şi Norwegian Spine Study Group
» *Editorial, p. 296*

314 Blocanţii receptorilor de angiotensină şi riscul de infarct miocardic: metaanaliză şi analiza secvenţială pentru 147 020 de pacienţi proveniţi din trialuri randomizate
Sripal Bangalore, Sunil Kumar, Jørn Wetterslev, Franz H Messerli
» *Editorial, p. 294*

315 Administrarea nocturnă a insulinei în sistem de buclă închisă (pancreas artificial), la adulţii cu diabet de tip 1: studii controlate, randomizate, transversale
Roman Hovorka, Kavita Kumareswaran, Julie Harris, Janet M Allen, Daniela Elleri, Dongyuan Xing, Craig Kollman, Marianna Nodale, Helen R Murphy, David B Dunger, Stephanie A Amiel, Simon R Heller, Malgorzata E Wilinska, Mark L Evans
» *Editorial, p. 287*

316 Efectul β-blocantelor în tratamentul bolii pulmonare obstructive cronice: un studiu de cohortă retrospectiv
Philip M Short, Samuel I W Lipworth, Douglas H J Elder, Stuart Schembri, Brian J Lipworth
» *Editorial, p. 292*

318 Utilizarea inhibitorilor de pompă de protoni şi riscul de evenimente adverse cardiovasculare, la pacienţii trataţi cu aspirină care au un prim infarct de miocard: studiu naţional pentru scorul de tendinţă
Mette Charlot, Erik L Grove, Peter Riis Hansen, Jonas B Olesen, Ole Ahlehoff, Christian Selmer, Jesper Lindhardsen, Jan Kyst Madsen, Lars Køber, Christian Torp-Pedersen, Gunnar H Gislason
» *Editorial, p. 290*

SINTEZE CLINICE

320 Evaluarea şi managementul insomniei în medicina primară
Karen Falloon, Bruce Arroll, C Raina Elley, Antonio Fernando
» *Editorial, p. 285, Cercetare, p. 311*

PRACTICĂ MEDICALĂ

CONSULTAŢIA DE 10 MINUTE

328 Exacerbări frecvente în boala pulmonară obstructivă cronică
Christina George, Will Zermansky, John R Hurst

MINERVA

330 Despre efectul consumului regulat al sucului de merişor şi alte subiecte

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

BMJ
Ediția în limba română

FORUM REDACȚIONAL

Conf. Dr. Doru Mihai ANASTASIU (Timișoara)
Prof. Dr. Vasile ASTARASTOAE (Iași)
Prof. Dr. Doina AZOICAI (Iași)
Prof. Dr. Petru BORDEI (Constanța)
Prof. Dr. Anca BUZOIANU (Cluj Napoca)
Prof. Dr. Mircea CINTEZA (București)
Prof. Dr. Constantin CIUCE (Cluj Napoca)
Prof. Dr. Constantin COPOTOIU (Târgu Mureș)
Prof. Dr. Dan DOBREANU (Târgu Mureș)
Prof. Dr. Iosif DRAGULESCU (Timișoara)
Dr. George HABER (Sebeș)
Prof. Dr. Daniela Adriana ION (București)
Dr. Mircea IORGA (București)
Prof. Dr. Manuela MIHALACHE (Sibiu)
Prof. Dr. Petru MIRCEA (Cluj Napoca)
Prof. Dr. Liana MOȘ (Arad)
Prof. Dr. Florian POPA (București)
Prof. Dr. Mariana RĂDOI (Brașov)
Prof. Dr. Ion ROGOVEANU (Craiova)
Conf. Dr. Adrian SĂFTOIU (Craiova)
Prof. Dr. Victor STOICA (București)

PAUL BOSTON

Un produs
TARUS Media

TARUS Media

Publisher
Valentin Țârus
tarus@tarus.eu

Editor
Traian Mihăescu
traian@mihaescu.eu

Director General
Maria Vasilescu
maria.vasilescu@tarus.eu

Director de publicație
Roxana Tudor
roxana.tudor@tarus.eu

Secretariat
Rodica Dîrțu

Proiecte internaționale
Tudor Toma – Londra

Traducere
Rodica Chirculescu
Alexandra Croitoru
Mădălina Geantă
Emanuela Micu
Adina Țurcanu

Consultant pentru limba română
Doina Elena Cioacă

Tehnoredactare și editare grafică
Dan Verman PFA

Tipografie
Master Print SUPER OFFSET S.R.L.

BMJ

Editor *BMJ*
Fiona Godlee

The Editor, BMJ
BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR
Email: editor@bmj.com
Tel: +44 (0)20 7387 4499
Fax: +44 (0)20 7383 6418
BMA MEMBERS' INQUIRIES
Email: membership@bma.org.uk
Tel: +44 (0)20 7383 6642
BMJ CAREERS ADVERTISING
Email: sales@bmjcareers.com
Tel: +44 (0)20 7383 6531
DISPLAY ADVERTISING
Email: sales@bmjgroup.com
Tel: +44 (0)20 7383 6386
REPRINTS
UK/Rest of world
Email:
ngurneyrandall@bmjgroup.com
Tel: +44 (0)20 8445 5825
USA
Email:
mfogler@medicalreprints.com
Tel: + 1 (856) 489 4446
SUBSCRIPTIONS
BMA Members
Email: membership@bma.org.uk
Tel: +44 (0)20 7383 6642
Non-BMA Members
Email: subscriptions@bmjgroup.com
Tel: +44 (0)20 7383 6270
OTHER RESOURCES
For all other contacts:
resources.bmj.com/bmj/contact-us
For advice to authors:
resources.bmj.com/bmj/authors
To submit an article:
submit.bmj.com

Adresa pentru corespondență
TARUS Media
Bd. Metalurgiei nr. 78, cod 041836, sector 4, București
Tel/Fax: +40 21 321 01 90
E-mail: bmjro@tarus.eu
Cont în Lei nr.: RO08BVBBU2511BU0560552701
Volksbank – Sucursala Apolodor, beneficiar SC TARUS MEDIA SRL (CUI:RO18379900)

Publicitate în *BMJ – Ediția în limba română*
Tel/Fax: +40 21 321 01 90

Ionuț Munteanu
Director vânzări
E-mail: ionut.munteanu@tarus.eu

Georgiana Tacutu
Asistent marketing
E-mail: georgiana.tacutu@tarus.eu
Tel/Fax: +40 21 321 01 90

Abonament 2012
British Medical Journal, Ediția în limba română

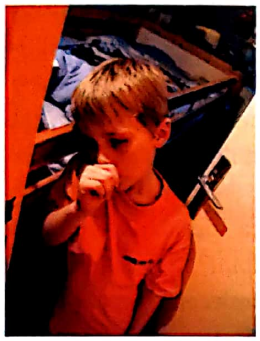
Plata abonamentului pentru anul 2012 se poate face în contul:
RO08 VBBU2511BU0560552701, deschis la Volksbank, Sucursala Apolodor, beneficiar SC TARUS MEDIA SRL (CUI: RO18379900)

BMJ Group

- *BMJ* – Publicația Medicală a anului 2008 conform Medical Journalist Association
- Factorul de impact al *BMJ* a crescut în 2010, față de anul precedent, ajungând la 13,65 (ISI Web of Science, 2010)
- Aproximativ 1,67 milioane de utilizatori accesează, în fiecare lună, 6,1 milioane de pagini prezentate pe site-ul *BMJ*, www.bmj.com (ABCe audit, octombrie 2010)

Carenţa prelungită de somn este asociată cu obezitatea?

Foarte posibil, şi s-ar putea ca, pe termen lung, să aibă şi alte efecte nedorite asupra stării de sănătate



AJ PHOTO/SPL

CERCETARE, p. 311
SINTEZE CLINICE p. 320

Francesco P Cappuccio cephalon chair of cardiovascular medicine and epidemiology
f.p.cappuccio@warwick.ac.uk
Michelle A Miller associate professor (reader) in biochemical medicine, University of Warwick, Sleep Health and Society Programme, UHCW Campus, Coventry CV2 2DX, UK

Conflicte de interese: Toţi autorii au completat formularul unificat pentru conflicte de interese ICMJE aflat la adresa www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibil la cerere, din partea autorului responsabil cu corespondenţa) şi au declarat că: pentru materialul trimis spre publicare nu au beneficiat de sprijin financiar din partea niciunei organizaţii; în ultimii trei ani nu au avut legături financiare cu nicio organizaţie ce ar putea avea un interes legat de materialul realizat; nu există alte tipuri de relaţii sau de activităţi ce ar fi putut influenţa materialul înaintat spre publicare.

Provenienţă şi modalitate de recenzare: Articol comandat, fără evaluare externă.

Is prolonged lack of sleep associated with obesity? Possibly, and it could have other effects on long term ill health

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;342:d3306
doi: 10.1136/bmj.d3306

În studiul longitudinal realizat de Carter şi colab. este evaluată asocierea dintre durata redusă a somnului şi diferenţele ce ţin de compoziţia corporală şi de riscul instalării obezităţii la copiii mici.[1]

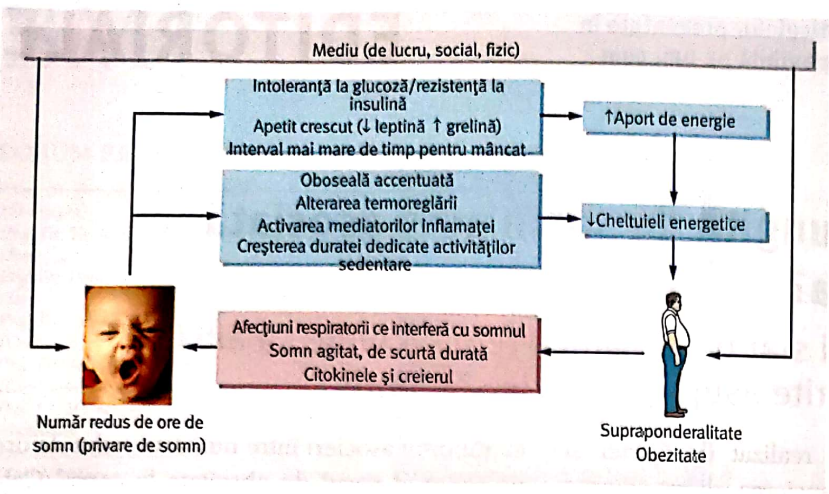
Ne petrecem aproximativ o treime din viaţă dormind. Avem un somn mai îndelungat când suntem bebeluşi şi în copilărie, iar apoi ne încadrăm, treptat, într-un model de circa şapte–opt ore pe noapte. O perioadă adecvată de somn asigură un randament optim în timpul activităţilor cotidiene şi întreţine starea de bine, însă durata somnului variază mult în cadrul populaţiei.[2]

Cantitatea şi calitatea somnului se supun unor tendinţe seculare, dar şi schimbărilor din societatea modernă, ce impun un program de lucru prelungit, munca în schimburi şi asigurarea unor servicii non-stop. Asemenea transformări au redus durata medie a somnului în rândul populaţiilor occidentale, care relatează tot mai frecvent manifestări ale oboselii, astheniei şi somnolenţei diurne excesive.[2] O atare reducere a duratei somnului a fost atribuită, în principal, modificărilor stilului de viaţă.[2] La adulţi şi la copii, prea puţine ore de somn se asociază cu efecte nedorite asupra sănătăţii, ce includ mortalitatea globală,[3] atacul vascular cerebral şi coronaropatiile,[4] diabetul de tip 2, hipertensiunea arterială,[6] afecţiunile respiratorii, starea de sănătate autoevaluată ca mediocră[2] şi supraponderalitatea.[7]

Obezitatea la copii a atins, în prezent, proporţiile unei epidemii şi generează probleme de ordin psiho-social, inclusiv un nivel redus al stimei de sine; acestea se extind, adeseori, şi la vârsta adultă, determinând morbiditate majoră, invaliditate şi decese premature. Câteva studii au raportat asocieri între numărul redus de ore de somn şi riscul de obezitate la copii.[7] Cele mai multe dintre ele au fost de tip transversal, fiind, prin urmare, neadecvate pentru documentarea unei relaţii de tip cauză-efect. Unele studii prospective, longitudinale, având ca subiecţi copii, au arătat că durata scăzută a somnului poate să preceadă apariţia supraponderalităţii sau a obezităţii. Potenţialele implicaţii ale asocierii de tip cauzal asupra sănătăţii publice sunt deosebit de ample. Studiile au avut, însă, şi limitări: adesea, evaluarea duratei somnului s-a bazat, cu precădere, pe relatările părinţilor sau ale participanţilor la studiu, şi într-o măsură mai mică pe determinări directe, iar indicele de masă corporală (IMC) a fost principalul parametru folosit pentru evaluarea obezităţii, existând doar puţine date suplimentare – de exemplu, cuantificări specifice ale ţesutului adipos sau ale distribuţiei grăsimii corporale.

Carter şi colab. au prezentat rezultatele unei analize longitudinale a relaţiei dintre durata somnului şi apariţia obezităţii la 244 de copii din Noua Zeelandă, monitorizaţi de la vârsta de trei ani şi până la cea de şapte ani.[1] Durata somnului acestora a fost măsurată direct, cu ajutorul unui accelerometru, în trei momente diferite (la vârstele de trei, patru şi cinci ani), iar IMC a fost cuantificat anual. În plus, au fost efectuate măsurători anuale ale activităţii fizice (cu accelerometrul) şi ale masei de ţesut adipos şi, respectiv, non-adipos (prin determinarea impedanţei bioelectrice şi evaluarea gradului de absorbţie a razelor X); au fost analizaţi şi alţi factori de confuzie. După ajustarea pentru factori de confuzie multipli, s-a observat că un număr mai mare de ore de somn la vârstele de trei–cinci ani s-a asociat cu reducerea IMC

Scanned with OKEN Scanner



(0,48 pentru fiecare oră de somn în plus), ca și a riscului de supraponderalitate la șapte ani (cu 61%). Diferențele au fost datorate mai degrabă efectelor asupra masei tisulare adipoase decât celor exercitate asupra celorlalte tipuri de țesuturi. Efectul a fost independent de sex, de educația mamei și de IMC, de fumat în perioada sarcinii, de venit, etnie, greutate la naștere, activitate fizică și unele aspecte ale dietei copiilor. Concluzia autorilor a fost că, la copiii mici cu intervale reduse de somn, există un risc accentuat de supraponderalitate, ca urmare a creșterii depozitelor adipoase.

Studiul este o contribuție valoroasă la înțelegerea relațiilor de cauzalitate prin care durata redusă a somnului influențează direct supraponderalitatea și obezitatea la copii. Sunt evitate atât cauzalitatea inversă, datorită structurii longitudinale, cât și eventualele inexactități ale perioadei de somn, cuantificată prin folosirea accelerometrului și a jurnalului somnului – metode mai credibile, directe și repetabile, de evaluare a timpului petrecut în pat și a celui de somn propriu-zis. Rezultatele sunt atent analizate prin antropometrie standard și prin două măsurători directe ale distribuției țesutului adipos. Sunt luați în calcul principalii factorii de confuzie. În sfârșit, dimensiunea efectului este relevantă din punct de vedere biologic și, cu condiția reversibilității, prezintă interes potențial pentru sănătatea publică.

Adesea, limitările sunt inevitabile. De exemplu, rata răspunsului a fost de 59%, adică, potrivit standardelor convenționale, prea mică pentru a-i asigura pe cititori că nu este vorba de niciun fel de eroare sistematică generată de autoselecție, fapt ce ar putea limita potențialul de generalizare al rezultatelor. În plus, autorii au presupus un efect liniar al duratei somnului asupra rezultatelor. Este posibil ca o atare ipoteză de lucru să nu rămână în picioare dacă timpul de somn exercită un efect de prag ce duce la apariția unei asocieri exprimate de curba în U, așa cum este cazul altor rezultate, la adulți.[3-6] Alți factori de confuzie, precum statutul socioeconomic, ar putea fi incomplet reprezentați prin caracteristicile materne (educație și venit), fiindcă se întâmplă adesea ca nivelul socioeconomic să fie determinat de indicatori de tipul: venitul tatălui, accesul la servicii, dimensiunea locuinței și aglomerația în spațiul vital. În general, cel puțin la adulți, aceștia se asociază cu durata somnului.[2]

Cum anume provoacă perioada scurtă a somnului apariția obezității? S-a sugerat, în special pe baza unor experimente efectuate pe voluntari tineri, care au fost privați drastic de somn pe perioade scurte de timp, că mecanismul ar fi creșterea depozitelor energetice și reducerea consumului energetic, prin activarea răspunsului hormonal (de exemplu, homeostazia leptină-grelină). S-ar putea declanșa, astfel, un apetit accentuat; intoleranță la glucoză și rezistență la insulină;[8] o activare a inflamației ușoare; și o reducere a cheltuielilor energetice, mediate, toate, de tirotropină, cortizol și norepinefrină (figura).[2,9]

De asemenea, un tip particular de obezitate ar putea fi asociat cu distressul, proasta calitate a somnului, oboseala, hiperactivitatea axului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenal și cu nivelul ridicat al citokinelor, în timp ce un alt tip s-ar putea corela cu absența distressului, cu un somn mai bun, dar o somnolență mai pronunțată, cu activitate normală sau redusă a axului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenal și cu o concentrație mare de citokine.[10] Scurtarea perioadei de somn le oferă oamenilor un interval mai lung în care pot să mănânce sau să desfășoare alte activități sedentare, așa cum este cazul copiilor și al adolescenților care stau până noaptea târziu în fața calculatorului ori a televizorului, consumând gustări variate (deși un atare scenariu a fost exclus din studiul în speță). Asocierea dintre durata scurtă a somnului și

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Aulin

analgezic potent

Durerea afectează zeci de milioane de oameni din întreaga lume şi este asociată cu o varietate de efecte care pot distruge calitatea vieţii prin suferinţă. De multe ori este subdiagnosticată şi subtratată la unele grupuri de pacienţi[2].

Durerea este un motiv principal de prezentare la medic în până la 78% din toate vizitele departamentului de urgenţă. Cu toate acestea, mulţi pacienţi părăsesc serviciul de urgenţă nemulţumiţi de managementul durerii lor[1].

Opţiunile curente pentru tratamentul durerii sunt reprezentate de acetaminofen, opioide slabe, inhibitori de ciclooxigenază COX- II şi alte medicamente antiinflamatoare non-steroidiene (AINS) pentru durere uşoară pană la moderată şi de opioide puternice, cum ar fi fentanil şi morfină, pentru dureri severe.

Atunci când se prescrie un medicament trebuie avută în vedere obţinerea eficienţei maxime cu reacţii adverse minime.

Utilizarea corectă a medicaţiei este determinată de câţiva factori, cel mai important fiind diagnosticul corect ce permite alegerea metodei terapeutice potrivite. Urmează cunoştinţele medicului despre caracteristicile medicamentelor (indicaţii, contraindicaţii, precauţii), dublate de o corectă şi completă evaluare a pacientului pentru depistarea factorilor de risc, patologiilor multiple şi a medicaţiei concomitente.

Antiinflamatoarele nesteroidiene reprezintă clasa de medicamente cu cea mai largă utilizare în întreaga lume. În funcţie de acţiunea lor asupra celor două izomorfe ale ciclooxigenazei, AINS au fost clasificate în nespecifice (indometacin, piroxicam, ketoprofen, ibuprofen), selective preferenţiale (nimesulida) şi specifice (celecoxib, etoricoxib).

Nimesulida (Aulin®) este un medicament antiinflamator nesteroidian (AINS) utilizat de peste două decenii în tratamentul durerii de origine inflamatorie sau non-inflamatorie.

Nimesulida (Aulin®) se distinge printr-un profil farmacologic unic printre AINS, realizând o abordare plurifactorială a inflamaţiei , prin inhibarea deopotrivă a formării de mediatori COX-dependenţi (prostaglandinele) cât şi a celor COX-independenţi.[2]

Nimesulida (Aulin®) este un analgezic potent cu intrare rapidă în acţiune a efectului antialgic.[3]

Nimesulida (Aulin®) are acţiune analgezică mediată central şi periferic prin inhibarea PGE2, substanţei P, IL-6 şi a altor citokine proinflamatorii.

Nimesulida (Aulin®) are acţiune antiinflamatorie multifactorială care contribuie la reducerea durerii acute de origine inflamatorie şi non-inflamatorie.

Nimesulida (Aulin®) are un profil de siguranţă similar cu cel al clasei de AINS. Nimesulida (Aulin®) are un risc mai mic de reacţii adverse gastrointestinale datorită lipsei efectului pe mucoasa gastrointestinală prin lipsa efectului asupra COX1 şi a indicelui Pk redus.[4]

Medicamentele care conţin nimesulida sunt autorizate din anul 1985 în mai multe state membre ale Uniunii Europene şi se eliberează numai cu prescripţie medicală.

După 20 de ani de experienţă cu nimesulida (Aulin®) şi peste 200 de studii clinice cu rezultate pozitive, în 2007 a fost demarată de către EMA procedura de evaluare a posibilelor riscuri hepatotoxice rezultate în urma tratamentelor îndelungate cu nimesulida.

Concluziile CHMP în urma primelor studii au indicat că beneficiile depăşesc riscurile şi s-a decis utilizarea în continuare a nimesulidei (Aulin®) în tratamentul durerii acute, limitându-se perioada de utilizare la 15 zile.

Evaluarea nimesulidei a fost un proces continuu în ultimii 4 ani, nimesulida fiind analizată din punct de vedere al eficacităţii, siguranţei gastrointestinale şi riscului de afectare hepatică.

Ultima evaluare a nimesulidei s-a realizat în contextul unei analize oficiale desfăşurate în conformitate cu articolul 31 al Directivei 2001/83/CE modificate şi s-a declanşat în luna ianuarie 2010 la solicitarea Comisiei Europene.

Pe 23 iunie, 2011 Agenţia Europeană a Medicamentului (EMA) a finalizat raportul cu privire la siguranţa şi eficacitatea medicamentelor de uz uman care conţin nimesulida (Aulin®).

Comitetul ştiinţific pentru Medicamente de Uz Uman (Committee for Human Medicinal Products =CHMP) al EMA a concluzionat că beneficiile medicamentelor cu efect sistemic care conţin nimesulida depăşesc în continuare riscurile în tratamentul pacienţilor cu dureri acute şi dismenoree primară[5].

EMA a recomandat evitarea utilizării nimesulidei în tratamentul osteoartritei, deoarece osteoartrita este o boală cronică ce necesită tratament pentru perioade mai lungi de 15 zile, perioada de tratament maxim admisă pentru medicamente sistemice ce conţin nimesulida.

Deoarece la pacienţii cu durere acută se impune medicaţie analgezică, alegerea nu se face între AINS şi privarea de medicaţie, ci între un medicament şi altul.

Aulin® rămane un tratament ale cărui beneficii depăşesc posibilele riscuri, medicii având posibilitatea să îl utilizeze în continuare pentru tratarea pacienţilor cu dureri acute şi dismenoree primară.

Referinte: 1. Saloni Tanna ,October 2004, Osteoarthritis -"Opportunities to Address Pharmaceutical Gaps"; 2. Rainsford 2006; 3. Bianchi M and Broggini M. Anti-hyperalgesic effects of nimesulide: studies in rats and humans. Int Journ Clin Pract, 2002, Suppl. 128, 11-19; 4. Bjarnason I., Clin.Drug Invest. 1: 7-13, 2007; 5. 23 June 2011, EMA/CHMP/486983/2011, Press Office.

ANGELINI

Scanned with OKEN Scanner

Rolul argintului în plaga infectată

De-a lungul timpului numeroase substanțe au fost aplicate local, pentru tratamentul plăgilor infectate, fără ca rolul acestora să fie demonstrat științific.

Studiile din ultimii ani arată că sunt puține situațiile în care să fie necesare antimicrobiene locale, iar atunci, utilizarea unui antiseptic local de ultimă generație (de tipul cadexomere iodine sau pansament cu argint) este de preferat utilizării antibioticelor locale.

Definiția plăgii infectate

Practic orice plagă deschisă este colonizată cu microorganisme, acest fapt neavând însă consecințe clinice obligatorii, deoarece semnele infecției nu își fac apariția și plaga se vindecă normal.

Unele plăgi pot fi considerate fără echivoc ca fiind infectate, ele prezentând secreții purulente sau cele patru semne ale inflamației (rubor, tumor, dolor, calor).

În anumite cazuri însă, prezența infecției în plagă se suprapune cu existența unei afecțiuni de bază, care maschează semnele clinice principale ale infecției (de ex. neuropatia poate masca sau exacerba durerea).

Deoarece aceste condiții particulare limitează exprimarea inflamației, unii specialiști definesc infecția după semnele "secundare" ale acesteia. O abordare Delphi (metodă practică de stabilire a unor concluzii generale) a unui grup internațional de 54 de experți în îngrijirea plăgilor a determinat un consens cu privire la criteriile comune infecției în toate plăgile cronice: "celulita", mirosul neplăcut, durerea, vindecarea întârziată, agravarea plăgii și creșterea exsudatului.

Studii clinice recente au demonstrat că, în multe plăgi cronice, microorganismele formează un biofilm polimeric adeziv, care induce reacția inflamatorie cronică, cauză a vindecării întârziate și a rezistenței la terapia antimicrobiană sistemică. În aceste situații, cu răni tratate corect dar care nu dau semne de vindecare, trebuie luată în considerare terapia antimicrobiană locală.

Confirmarea infecției la nivelul plăgii se face prin cultură, urmată de antibiogramă. Odată stabilit diagnosticul de infecție se inițiază tratamentul cu antibiotic pe cale generală, conform antibiogramei.

Rolul argintului ca antiseptic

Compușii pe bază de argint au un spectru bactericid larg și s-au bucurat de o renaștere recentă ca antiseptice, fiind folosiți în compoziția unor tipuri de pansamente diverse. Deoarece sunt rapid inactivați în plagă, ionii de argint necesită un sistem de eliberare continuă. Argintul are o eficacitate dovedită împotriva celor mai frecvent întâlniți germeni, incluzând Stafilococul Auriu Meticilin Rezistent (MRSA), Enterococii Vancomicin Rezistenți (VRE) și germenii producători de beta-lactamaze. Rezistența germenilor la acțiunea argintului este rară și apare la unele specii gram-negative. Reacțiile adverse sunt de asemenea rare, argintul având chiar rolul de a inhiba formarea biofilmului.

Eficiența Atrauman Ag în plăgile infectate

Atrauman Ag este un pansament tip plasă, impregnat cu grăsimi neutre (trigliceride) și stratificat cu ioni de argint, fiind utilizat atât în plăgile infectate cât și în cele cu risc de infecție, în scop profilactic.

Atrauman Ag se aplică direct pe plagă și în contact cu exsudatul descarcă ioni de argint, care creează legături chimice cu microorganismele din plagă, distrugându-le. Exsudatul împreună cu germenii inactivați și endotoxinele rezultate sunt absorbite în pansamentul secundar.

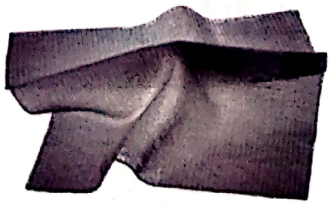
Efectul Atrauman Ag durează până la 7 zile, perioadă în care ionii de argint sunt eliberați continuu ori de câte ori pansamentul intră în contact cu exsudatul din plagă.

Un studiu observațional[1] efectuat pe un eșantion de 624 de pacienți a demonstrat că plăgile cronice, respectiv cele cu tendință slabă de vindecare, pot fi tratate eficient cu ajutorul Atrauman Ag. Durata medie de tratament cu Atrauman Ag a fost de 23 de zile. O mare parte dintre cazurile incluse în studiu au fost ulcere venoase de gambă, pe parcursul perioadei de observare constatându-se o scădere a ponderii plăgilor acoperite masiv sau complet cu depozite - de la 35% la 3%. Ponderea țesutului de granulație și a celui epitelial a crescut marcant, dimensiunile plăgilor reducându-se semnificativ. De asemenea s-a constatat scăderea substanțială a numărului de plăgi infectate. Medicii și pacienții au confirmat excelenta tolerabilitate a pansamentului, calitatea vieții pacienților crescând sensibil prin reducerea durerilor la nivelul plăgii.

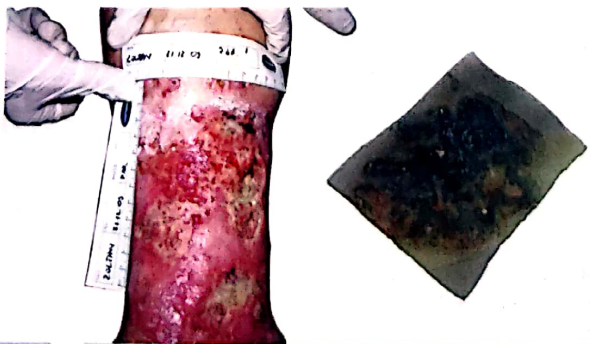
Tratamentul unei plăgi trebuie să debuteze cu o debridare adecvată, cu înlăturarea oricărui corp străin și îndepărtarea presiunii (în cazul escarelor). Urmează evaluarea pacientului din punct de vedere al circulației arteriale și venoase sau al tulburărilor metabolice. Toate acestea permit o clasificare a plăgii și determină alegerea terapiei locale, inclusiv antimicrobiene, adecvate[2].

www.hartmann.ro

Pentru mai multe informații despre tratamentul modern al plăgilor cronice apelați gratuit 0800 800 943 sau accesați www.cumvindecamplagile.ro.



Atrauman Ag - pansament stratificat cu argint și impregnat cu unguent neutru. Aspect înainte de utilizare.



Aspect Atrauman Ag după prima aplicare pe plagă infectată cu Stafilococ auriu. (21.12.2009)

Plagă complet curățată și granulată după tratamentul antimicrobian local cu Atrauman Ag. (15.02.2010)

Bibliografie:
1 Studiu intern Paul Hartmann AG
2 Lipsky BA, Hoey C, *Topical Antimicrobial Therapy for Treating Chronic Wounds*, Journal of Spanish Society of Surgery Nurses, Februarie 2011

obezitate nu elimină posibilitatea cauzalității inverse, obezitatea putând duce la reducerea duratei somnului sau la întreruperea acestuia, ca urmare a problemelor respiratorii din timpul nopții și a efectului mediatorilor inflamației asupra controlului cerebral al ritmului circadian.[11] Un fapt interesant este că, deși studiile prospective cu subiecți copii au arătat efecte semnificative, rezultatele obținute în cohortele cu adulți sunt mai puțin concludente.[2] În plus, impactul modificărilor acute, de scurtă durată și cu caracter extrem, ale duratei somnului s-ar putea să nu reflecte ceea ce se întâmplă în cazul privării de somn mai puțin severe și mai susținute, cu caracter cronic.

Dovada finală în sprijinul principiului formulat ar trebui să vină dintr-un studiu randomizat care să evalueze efectul "prelungirii" somnului asupra modificării greutății corporale.[12] Problema este că, deocamdată, nu avem o metodă intervențională suficient de eficientă și reproductibilă. În consecință, cercetările viitoare ar trebui să exploreze și să valideze noi metode comportamentale (non-medicamentoase) de prelungire a duratei somnului la copii și la adulți. Între timp, n-ar fi rău ca oamenii să fie informați cu privire la faptul că reducerea susținută a duratei somnului ar putea afecta pe termen lung sănătatea adulților și a copiilor.

Traducere: Dr. Mădălina Geantă

1 Carter PJ, Taylor BJ, Williams SM, Taylor RW. Longitudinal analysis of sleep in relation to BMI and body fat in children: the FLAME study. *BMJ* 2011;342:d2712.
2 Cappuccio FP, Miller MA and Lockley SW, eds. Sleep, health and society. From aetiology to public health. *Oxford University Press*, 2010:1-471.
3 Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep* 2010;33:585-92.
4 Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur Heart J* 2011; online 7 February.
5 Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Quantity and quality of sleep and incidence of type-2 diabetes: a meta-analysis of prospective studies. *Diabetes Care* 2010;33:414-20.
6 Cappuccio FP, Stranges S, Kandala N-B, Miller MA, Taggart FM, Kumari M, et al. Gender-specific associations of short sleep duration with prevalent and incident hypertension: the Whitehall II Study. *Hypertension* 2007;50:694-701.
7 Cappuccio FP, Taggart FM, Kandala N-B, Currie A, Peile E, Stranges S, et al. Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep* 2008;31:619-26.
8 Spiegel K, Tasali E, Leproult R, Van Cauter E. Effects of poor and short sleep on glucose metabolism and obesity risk. *Nat Rev Endocrinol* 2009;5:253-61.
9 Benedict C, Hallschmid M, Lassen A, Mahnke C, Schultes B, Schioth HB, et al. Acute sleep deprivation reduces energy expenditure in healthy men. *Am J Clin Nutr* 2011; online 6 April.
10 Vgontzas AN, Bixler EO, Chrousos GP, Pejovic S. Obesity and sleep disturbances: meaningful sub-typing of obesity. *Arch Physiol Biochem* 2008;114:224-36.
11 Perez-Tilve D, Hofmann SM, Basford J, Nogueiras R, Pfluger PT, Patterson JT, et al. Melanocortin signaling in the CNS directly regulates circulating cholesterol. *Nat Neurosci* 2010;13:877-82.
12 Cizza G, Marincola P, Mattingly M, Williams L, Mitler M, Skarulis M, et al. Treatment of obesity with extension of sleep duration: a randomized, prospective, controlled trial. *Clin Trials* 2010;7:274-85.

Sistemul în buclă închisă pentru controlul diabetului de tip 1

Se arată a fi promițător în condiții de cercetare, dar necesită perfecționare suplimentară în practică

CERCETARE, p. 315

Boris Kovatchev professor, University of Virginia, Center for Diabetes Technology, Charlottesville, VA 22908, USA
boris@virginia.edu

Conflicte de interese: Autorul a completat formularul Unified Competing Interest de pe www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibil la cerere, de la autorul responsabil cu corespondența) și a declarat că: nu a avut niciun sprijin de la

În studiul transversal, randomizat, corelat, Hovorka și colab. compară siguranța și eficacitatea administrării nocturne a insulinei în sistem de buclă închisă cu pompele convenționale pentru insulină, la adulții cu diabet de tip 1.[1] Controlul în sistem de buclă închisă automatizat, cunoscut drept un "pancreas artificial", are potențialul de-a ameliora foarte mult sănătatea și viața persoanelor cu diabet de tip 1. Ideea nu este nouă – cu mai multe decenii în urmă, studiile ce au utilizat măsurarea glucozei intravenos și perfuzarea de insulină și glucoză au arătat că este posibilă reglarea externă a glicemiei.[2,3] Deși ofereau un excelent control al nivelului de glucoză în sânge, sistemele respective erau greoaie și nepotrivite pentru utilizarea pe termen lung sau în ambulatoriu.[4,5]

Odată cu apariția monitorizării minim invazive, subcutanat, a glicemiei, cercetarea și eforturile companiilor farmaceutice s-au axat pe

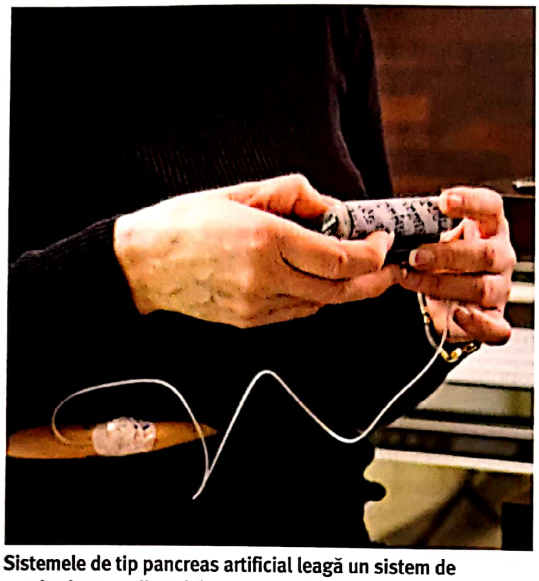
Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

vreo organizaţie pentru lucrarea de faţă; relaţiile financiare cu organizaţii care ar putea avea un interes legat de aria generală a lucrării prezente în ultimii trei ani includ plăţi pentru consultanţă de la Dexcom, un producător de sisteme de monitorizare continuă a glicemiei, şi pentru patent de la Liescan, un producător de sisteme de automonitorizare; nu a avut nicio altă relaţie sau activitate ce ar fi putut influenţa lucrarea de faţă.

Closed loop control for type 1 diabetes
Shows promise in a research setting, but needs further development in practice

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;342:d1911
doi: 10.1136/bmj.d1911



Sistemele de tip pancreas artificial leagă un sistem de monitorizare a glicemiei cu o pompă de injectare subcutanată a insulinei *via* un algoritm de control

dezvoltarea unor sisteme de pancreas artificial subcutanate – acestea leagă un monitor continuu al glucozei cu o pompă de injectare subcutanată a insulinei *via* un algoritm de control, ce recuperează datele de monitorizare continuă a glicemiei în timp real (de exemplu, din cinci în cinci minute) şi utilizează o formulă matematică pentru a calcula rata de insulină administrată, care este transmisă, ulterior, către pompa de insulină.[6] Până în prezent, mai multe studii au prezentat rezultate încurajatoare.[7-10] Aproape toate au arătat superioritatea controlului prin sistem de buclă închisă faţă de tratamentul standard injectabil prin pompele de insulină, prin intermediul a trei variabile: perioada mai lungă de menţinere a unui nivel ţintă, incidenţa redusă a hipoglicemiei şi un control mai bun pe timpul nopţii.

Hovorka şi colab. au prezentat două trialuri clinice transversale, randomizate, care au analizat 24 de adulţi cu diabet de tip 1, pentru a compara profilul de siguranţă şi eficacitate al administrării nocturne a insulinei prin sistemul de buclă închisă cu cel al terapiei convenţionale prin pompele de insulină. Cele două protocoale au utilizat o masă medie (60 g carbohidraţi) sau o masă bogată (100 g carbohidraţi plus alcool). Ca şi în studiile anterioare, administrarea insulinei prin sistemul de buclă închisă a crescut semnificativ durata în timp a menţinerii nivelului plasmatic al glucozei între limitele propuse (3,91–8,0 mmol/l). În contextul cercetărilor în derulare, cele două trialuri au mai multe caracteristici noi.

În primul rând, protocolul de studiu de tip trial transversal randomizat este, practic, unic în sfera controlului prin sistem de buclă închisă. Întrucât respectivul protocol este standardul de aur pentru cercetarea clinică, rezultatele obţinute constituie un sistem de referinţă pentru cercetările viitoare. Celălalt trial controlat, randomizat, privind controlul prin sistemul de buclă închisă – singurul de acest tip – a fost prezentat recent la cea de-a patra ediţie a Conferinţei Internaţionale privind Tehnologiile avansate şi Tratamentele pentru Diabet.[11] Subiecţii recrutaţi au fost 24 de adulţi şi adolescenţi cu diabet de tip 1 din SUA şi Franţa, iar rezultatele obţinute au fost similare celor prezentate de Hovorka şi colab. – mai mult timp cu nivelul dorit, de 3,9–10 mmol/l, şi o reducere de trei ori a hipoglicemiei.

În al doilea rând, algoritmul de control utilizat de Hovorka şi colab. aparţine unei clase avansate de tehnologii pentru verificarea prin sistemul de buclă închisă, cunoscută ca model de control predictiv. Protocolul privind algoritmul pentru urmărirea printr-un astfel de sistem a folosit, în general, fie controlul proporţional-integral-derivativ (cu algoritm reactiv, ce răspunde modificărilor nivelurilor glucozei prin ajustări ale administrării insulinei),[6,7] fie pe cel de tip predictiv (cu un algoritm realizat pe baza unui model al sistemului metabolic uman).[8-10] Prin urmare, un astfel de algoritm este proactiv, iar insulina poate fi administrată anticipând modificările concentraţiei glucozei. Acest lucru compensează, parţial, întârzierile inerente din sistemul de control subcutanat al glicemiei (întârzierea acţiunii insulinei, ce poate fi de 60 de minute sau mai mult). De aceea, verificarea prin modelul predictiv a devenit, mai recent, abordarea de elecţie. Algoritmul elaborat de Hovorka şi colab. are unele caracteristici distinctive, cum ar fi adaptarea în timp real la modelul de fond pentru schimbarea parametrilor pacientului, realizată ca o selecţie din mai multe modele predefinite. Întrucât nu au fost date detalii nici în lucrarea de faţă, nici în cele publicate anterior,[8] rămâne ca un atare avantaj potenţial să fie evaluat ulterior.

Scanned with OKEN Scanner

În al treilea rând, acesta este unul dintre primele studii care și-au propus să verifice scenarii realiste pentru cină și să provoace participanții cu o masă mai bogată, care a inclus și alcool. Așadar, studiul constituie un progres cert în arealul demersurilor științifice privitoare la pancreasul artificial portabil. După cum admit și autorii, însă, o limitare a lui o reprezintă controlul exclusiv manual al sistemului prin buclă închisă, ce depinde de personalul specializat, pentru a transmite datele manual de la monitorul continuu pentru glucoză la computerul responsabil de verificarea prin buclă închisă și pentru a comunica recomandările pentru injectarea insulinei de la computer la pompa de insulină. În sistemele complet automatizate, asemenea procese sunt asigurate de dispozitive de transmisie a datelor și, respectiv, de sisteme de tip pompă. În trialurile de până acum, autorii au apelat la controlul manual din motive bine cunoscute, inclusiv din cauza barierelor tehnologice și de reglementare.[8] Și totuși, practicarea manuală a transferului datelor de monitorizare continuă a glicemiei și a verificării pompei plasează factorii umani în cadrul sistemului de control în buclă închisă și limitează investigarea numai la testarea algoritmului aferent, și nu a întregului sistem. Analizarea altor componente cheie – de pildă, comunicarea senzor-pompă și diminuarea erorilor – va necesita mult mai mult efort și o validare mai aprofundată a sistemului. Au fost deja raportate studii ce au utilizat sisteme complet automatizate, ceea ce alimentează speranțele pentru viitorul variantelor portabile.[6, 7, 11, 12]

În sfârșit, în ciuda sofisticării algoritmului de control și a reducerii semnificative a hipoglicemiei nocturne, au apărut patru episoade de hipoglicemie severă (<3 mmol/l), dintre care trei au fost atribuite de autori dozei de insulină pre-prandiale și imposibil de prevenit prin suspendarea administrării medicației în acest mod. Observația întărește ideea propusă recent, conform căreia sistemul în buclă închisă ar trebui să fie însoțit de un altul, dedicat, de siguranță, privind hipoglicemia – un algoritm separat, responsabil numai pentru evaluarea și diminuarea riscului de hipoglicemie.[12] Asemenea sisteme de siguranță există deja și s-au dovedit a fi utile.[11, 12]

În concluzie, controlul prin sistemul în buclă închisă este încă la începuturile sale, fiind prezentat acum primul studiu clinic. Rezultatele preliminare sunt promițătoare – cel mai important avantaj raportat fiind ameliorarea controlului nocturn al diabetului de tip 1, ceea ce implică îmbunătățirea siguranței și reducerea hipoglicemiei nocturne. Astfel de ameliorări sunt rezultatul unei fine ajustări a administrării insulinei furnizate în buclă închisă, sistem superior ratei bazale fixe și cu o probabilitate mai redusă de producere a hipoglicemiei. Cea dintâi aplicare a controlului în buclă închisă este, prin urmare, din punctul de vedere al reglării nocturne a glicemiei, un pas care are potențialul de-a ameliora spectaculos siguranța administrării insulinei în perioade critice, în general nesupervizate.

Traducere: Dr. Rodica Chirculescu

1 Hovorka R, Kumareswaran K, Harris J, Allen JM, Elleri D, Xing D, et al. Overnight closed loop insulin delivery in adults with type 1 diabetes: crossover randomised controlled studies. *BMJ* 2011;342:1855.

2 Albisser AM, Leibel BS, Ewart TG, Davidovac Z, Botz CK, Zingg W. An artificial endocrine pancreas. *Diabetes* 1974;23:389 -96.

3 Clemens AH, Chang PH, Myers RW. The development of Biostator, a glucose-controlled insulin infusion system. *Horm Metab Res Suppl* 1977;7:23-33.

4 Broekhuyse HM, Nelson JD, Zinman B, Albisser AM. Comparison of algorithms for the closed-loop control of blood glucose using the artificial beta cell. *IEEE Trans Biomed Eng* 1981;28:678-87.

5 Parker RS, Doyle FJ 3rd, Peppas NA. The intravenous route to blood glucose control. *IEEE Eng Med Biol* 2001;20:65-73.

6 Steil GM, Rebrin K, Darwin C, Hariri F, Saad MF. Feasibility of automating insulin delivery for the treatment of type 1 diabetes. *Diabetes* 2006;55:3344-50.

7 Weinzimer SA, Steil GM, Swan KL, Dziura J, Kurtz N, Tamborlane WV. Fully automated closed-loop insulin delivery versus semi-automated hybrid control in pediatric patients with type 1 diabetes using an artificial pancreas. Diabetes Care 2008;31:934-9.

8 Hovorka R, Allen JM, Elleri D, Chassin LJ, Harris J, Xing D, et al. Manual closed-loop insulin delivery in children and adolescents with type 1 diabetes: a phase 2 randomised crossover trial. *Lancet* 2010;375:743-51.

9 El-Khatib FH, Russell SJ, Nathan DM, Sutherlin RG, Damiano ER. A bihormonal closed-loop artificial pancreas for type 1 diabetes. *Sci Transl Med* 2010;2:27.

10 Kovatchev BP, Cobelli C, Renard E, Anderson S, Breton M, Patek S, et al. Multi-national study of subcutaneous model-predictive closedloop control in type 1 diabetes:

summary of the results.
J Diabetes Sci Technol 2010;4:1374-81.
11 Breton MD, Patek SD, Farret A, Place J, Demartini S, Brown S, et al. Safety supervision system: first clinical trials. Proceedings of the Fourth Advanced Technologies and Treatments for Diabetes Annual Meeting, London, February 2011.
Diabetes Technol Ther 2011;13:176.
12 Renard EM, Farret A, Place J, Cobelli C, Kovatchev BP, Breton MD. Closed-loop insulin delivery using subcutaneous infusion and glucose sensing, and equipped with a dedicated safety supervision algorithm, improves safety of glucose control in type 1 diabetes. Proceedings of the 46th EASD Annual Meeting, Stockholm, September 2010.

Prescrierea concomitentă de clopidogrel şi inhibitori ai pompei de protoni

Un trial randomizat recent arată că nu există nicio reacţie importantă clinic

CORDELIA MOLLOY/SPL

CERCETARE, p. 318

Gary R Small clinical fellow
gsmall@ottawaheart.ca
Benjamin J W Chow associate professor and co-director of cardiac radiology
Derek Y F So interventional cardiologist, University of Ottawa Heart Institute, Ottawa, ON, Canada K1Y 4WZ

Conflicte de interese: Niciunul de declarat.

Provenienţă şi modalitate de recenzare: Articol necomandat, cu evaluare externă.

Coprescription of clopidogrel and proton pump inhibitors
A recent randomised trial shows no clinically important reaction

Citaţi articolul ca:
***BMJ* 2010;341:b4351**
doi: 10.1136/bmj.b4351

După un eveniment acut coronarian ori după intervenţii coronariene percutanate se obişnuieşte prescrierea de clopidogrel în combinaţie cu aspirină, pentru a reduce reinfarctizarea şi a preveni tromboza pe stent. Multor pacienţi care necesită tratament dublu antiplachetar li se indică şi inhibitori ai pompei de protoni, cum este, de pildă, omeprazolul. Până în prezent, recomandarea concomitentă a unor astfel de medicamente părea să fie inofensivă, fiind susţinută de ghidurile ACCF ale American Heart Association/American College of Cardiology Foundation (Asociaţia Americană de Cardiologie/Colegiul American al Fundaţiei de Cardiologie),[1] dar investigarea activităţii plachetare şi unele studii retrospective ample, bazate pe înregistrări, au sugerat că inhibitorii pompei de protoni interacţionează cu clopidogrelul, atenuându-i efectele antiplachetare.[2,3] O atare interacţiune poate fi importantă clinic, dată fiind prescrierea pe scară largă a inhibitorilor pompei de protoni şi natura bolii coronariene. Întrebările legate de prezenţa şi dimensiunea efectului clinic nu au elucidat, pentru medicii prescriptori, aspectele rămase neclare cu privire la siguranţa administrării simultane şi la strategiile alternative ce ar trebui avute în vedere. S-ar putea ca unele dintre nelămuriri să fie clarificate de rezultatele, publicate recent, ale primului trial internaţional, randomizat, controlat cu placebo, dublu orb, ce a comparat efectele placebo cu cele exercitate de omeprazol, în cazul pacienţilor care luau clopidogrel după o intervenţie coronariană percutanată.[4]

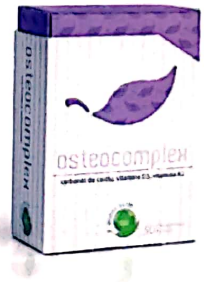
A fost emisă ipoteza că interacţiunea dintre clopidogrel şi inhibitorii pompei de protoni are loc, parţial, *via* o cale comună de metabolizare. Inhibitorii pompei de protoni sunt metabolizaţi de citocromul P450 2C19 (CYP2C19),[5] o enzimă implicată în biotransformarea clopidogrelului în metabolitul său activ, enzimă pe care (în special omeprazolul) pot să o şi inhibe; aşadar, omeprazolul poate limita activarea clopidogrelului, ducând la o inhibare redusă a plachetelor – efectul descris a fost observat consecvent *ex vivo*, utilizând agregometria plachetară,[2,6] dar nu şi interacţiunea clinică.

Datele retrospective înregistrate pe scară largă au relevat faptul că inhibitorii pompei de protoni reduc semnificativ eficacitatea clopidogrelului după intervenţii coronariene acute.[3,7,8] Unul dintre studii a arătat că aproximativ 7% din reinternările din primele 90 de zile datorate reinfarctizării au putut fi atribuite tratamentului concomitent cu omeprazol şi clopidogrel.[3]

Şi totuşi, aceste efecte sunt controversate. Două alte studii retrospective nu au observat nicio interacţiune clinică între omeprazol şi clopidogrel.[6,9] O metaanaliză recentă, pe 674 de pacienţi din 13 studii, a sugerat că inhibitorii pompei de protoni au un efect semnificativ numai la subiecţii cu risc crescut.[10] Agregometria plachetară *ex vivo* şi cercetările retrospective au arătat că pantoprazolul şi esomeprazolul pot să nu atenueze impactul terapeutic al clopidogrelului.[3,11] Şi mai recent, un alt studiu retrospectiv a sugerat că efectul inhibitorilor de pompă de protoni este un fenomen de clasă.[7]

Scanned with OKEN Scanner

OASELE SĂNĂTOASE LA NEVOIE SE CUNOSC.



mundo verde

Cu drag, Natura!

OSTEOCOMPLEX. Remediul natural pentru osteoporoză.

Forma puternic activă biologic, Vitamina K2, reglează metabolismul osos, este esențială pentru absorbția adecvată a calciului și previne depunerea acestuia la nivelul arterelor, articulațiilor și organelor interne.

Suplimentarea calciului poate atenua magnitudinea pierderii osoase la femeile aflate în postmenopauză, în combinație cu Vitamina D (favorizează absorbția intestinală a calciului), fiind eficace în tratamentul preventiv al fracturii osteoporotice. Zincul, magneziul și manganul sunt cofactori esențiali pentru enzime implicate în sinteza diferiților constituenți ai matricei osoase și joacă un rol important în reglarea depozitelor și a resorbției osoase.

www.mundoverde.ro

* Acest produs este un supliment alimentar și nu poate înlocui un regim alimentar variat. Se recomandă citirea cu atenție a prospectului și a informațiilor de pe cutie. Dacă apar manifestări neplăcute, adresați-vă medicului sau farmacistului.

Scanned with OKEN Scanner

În contextul manifestării tot mai multor temeri legate de un posibil efect, Society of Cardiovascular Angiography and Intervention (Societatea de Angiografie și Intervenții cardiovasculare), European Medicines Agency (EMEA – Agenția Europeană a Medicamentelor) și Food and Drug Administration (FDA – Administrația pentru Alimente și Medicamente) au publicat declarații ce descurajează prescrierea concomitentă a acestor agenți dacă un atare demers nu este absolut necesar.

Publicarea COGENT (Clopidogrel and the Optimisation of Gastrointestinal Events Trial – Trialul privitor la clopidogrel și la optimizarea evenimentelor gastrointestinale) răspunde unora dintre îngrijorările exprimate.[4] Studiul, care a fost oprit mai devreme din cauza falimentului sponsorului, a randomizat 3 873 de pacienți, care au primit clopidogrel și aspirină, fie pentru omeprazol, fie pentru placebo. Aproximativ 70% dintre subiecți fuseseră supuși unei intervenții coronariene percutanate, iar 40% au avut sindroame coronariene acute. După o durată mediană de urmărire de 106 zile, între grupuri nu s-a observat nicio diferență semnificativă privind evenimentele cardiace. Pacienții care au luat omeprazol au avut semnificativ mai puține evenimente gastrointestinale, inclusiv hemoragie digestivă superioară manifestă clinic.

Nici datele publicate recent, din înregistrările prospective ale intervențiilor coronariene percutanate, nu au găsit, la subiecții cărora le fuseseră prescrise concomitent clopidogrel și inhibitori ai pompei de protoni, nicio diferență semnificativă nici în ceea ce privește mortalitatea generală, decesele prin boală cardiovasculară, reinternarea după un nou infarct, tromboza pe stent, nici variabilele finale combinate – mortalitate generală, reinfarctizare ori tromboză pe stent.[1,2]

Dovezile actuale, inclusiv COGENT, sugerează că, chiar dacă inhibitorii pompei de protoni reduc activitatea antiplachetară a clopidogrelului, efectul nu este relevant clinic.[4,6,9,12] Observațiile sunt concordante cu pozițiile curente ale FDA și EMEA cu privire la prescrierea concomitentă. Confuzia se datorează, parțial, importanței acordate datelor din studierea retrospectivă a înregistrărilor. E posibil, de asemenea, ca exacerbarea ponderii clinice a interacțiunii dintre inhibitorii pompei de protoni și clopidogrel la nivelul CYP2C19 să fi fost extrapolată din studiile genetice care au identificat, la persoanele care nu răspund la clopidogrel, mutații generate de pierderea funcției CYP2C19.[10]

COGENT este primul trial randomizat controlat cu placebo ce examinează relevanța clinică a unei interacțiuni între clopidogrel și inhibitorii pompei de protoni. Sunt în curs de desfășurare și alte studii ce evaluează această interacțiune.[5] Actualele ghiduri pentru clinicieni implică evitarea prescrierii concomitente a inhibitorilor de pompă de protoni și a clopidogrelului, ceea ce este fezabil în cazul multor pacienți, reamintindu-le medicilor cât de importantă este recomandarea judicioasă a medicației. În cazul unora dintre bolnavi, însă, riscul de complicații gastrointestinale poate necesita utilizarea profilaxiei, iar într-o atare situație probabil că este sigură administrarea unui antagonist de receptor 2 histaminic, precum ranitidina sau famotidina (deși nu există dovezi care să ateste faptul că acestea ar preveni hemoragia produsă de dozele mici de aspirină). Inhibitorii pompei de protoni (de exemplu, pantoprazolul și esomeprazolul), care sunt inhibitori mai puțin potenți ai metabolizării prin CYP2C19, pot fi mai adecvați la alți pacienți cu risc crescut de complicații gastrointestinale, în special în lumina datelor furnizate de COGENT.

Traducere: Dr. Rodica Chirculescu

1 Bhatt DL, Scheiman J, Abraham NS, Antman EM, Chan FK, Furberg CD, et al. ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use: a report of the American College of Cardiology Foundation task force on clinical expert consensus documents. *J Am Coll Cardiol* 2008;52:1502-17.

2 Gilard M, Arnaud B, Le GG, Abgrall JF, Boschat J. Influence of omeprazol on the antiplatelet action of clopidogrel associated to aspirin. *J Thromb Haemost* 2006;4:2508-9.

3 Juurlink DN, Gomes T, Ko DT, Szmitko PE, Austin PC, Tu JV, et al. A population-based study of the drug interaction between proton pump inhibitors and clopidogrel. *CMAJ* 2009;180:713-8.

4 Bhatt DL, Cryer BL, Contant CF, Cohen M, Lanas A, Schnitzer TJ, et al. Clopidogrel with or without omeprazole in coronary artery disease. *N Engl J Med* 2010;published online 6 October.

Scanned with OKEN Scanner

5 Tran M, Tafreshi J, Pai RG. Combination of clopidogrel and proton pump inhibitors: implications for clinicians. *J Cardiovasc Pharmacol Ther* 2010; published online 11 October.
6 O'Donoghue ML, Braunwald E, Antman EM, Murphy SA, Bates ER, Rozenman Y, et al. Pharmacodynamic effect and clinical efficacy of clopidogrel and prasugrel with or without a proton-pump inhibitor: an analysis of two randomised trials. *Lancet* 2009;374:989-97.
7 Kreutz RP, Stanek EJ, Aubert R, Yao J, Breall JA, Desta Z, et al. Impact of proton pump inhibitors on the effectiveness of clopidogrel after coronary stent placement: the clopidogrel medco outcomes study. *Pharmacotherapy* 2010;30:787-96.
8 Ho PM, Maddox TM, Wang L, Fihn SD, Jesse RL,Peterson ED, et al. Risk of adverse outcomes associated with concomitant use of clopidogrel and proton pump inhibitors following acute coronary syndrome. *JAMA* 2009;301:937-44.
9 Simon T, Verstuyft C, Mary-Krause M, Quteineh L, Drouet E, Meneveau N, et al. Genetic determinants of response to clopidogrel and cardiovascular events. *N Engl J Med* 2009;360:363-75.
10 Hulot JS, Collet JP, Silvain J, Pena A, Bellemain-Appaix A, Barthelemy O, et al. Cardiovascular risk in clopidogrel-treated patients according to cytochrome P450 2C19*2 loss-of-function allele or proton pump inhibitor coadministration: a systematic meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2010;56:134-43.
11 Siller-Matula JM, Spiel AO, Lang IM, Kreiner G, Christ G, Jilma B. Effects of pantoprazole and esomeprazole on platelet inhibition by clopidogrel. *Am Heart J* 2009;157:148-5.
12 Tentzeris I, Jarai R, Farhan S, Brozovic I, Smetana P, Geppert A, et al. Impact of concomitant treatment with proton pump inhibitors and clopidogrel on clinical outcome in patients after coronary stent implantation. *Thromb Haemost* 2010; published online 12 October.

Tratamentul cu β-blocante la pacienţii cu BPOC

Poate să amelioreze simptomele respiratorii şi să reducă mortalitatea, independent de efectele cardiovasculare

SCIMAT/SPL

CERCETARE, p. 316

Shamsah Kazani instructor of medicine
Elliot Israel professor of medicine , Harvard Medical School, Brigham and Womenţs Hospital, Boston, MA 02115, USA
eisrael@partners.org

Conflicte de interese: Niciunul de declarat.

Provenienţă şi modalitate de recenzare: Articol cu tematică solicitată, fără evaluare externă.

Treatment with â blockers in people with COPD
May reduce respiratory symptoms and mortality independently of cardiovascular effects

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;342:d2655
doi: 10.1136/bmj.d2655

Tratamentul cu β-blocante reduce mortalitatea asociată afecţiunilor cardiovasculare. Din păcate, medicii au tendinţa să evite aceste medicamente la pacienţii care prezintă asociat şi boală pulmonară obstructivă. Reticenţa lor este motivată de temerea că respectiva medicaţie ar putea precipita declanşarea unui eveniment respirator dramatic, şi anume, bronhospasmul acut, care a fost semnalat după administrarea β-blocantelor la persoanele suferinde de astm bronşic şi boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC).[1-4] Dovezile medicale sugerează, însă, că β-blocantele pot reduce mortalitatea pacienţilor cu BPOC, ceea ce este logic, dacă ţinem cont de faptul că aceştia prezintă, adesea, şi afecţiuni cardiovasculare asociate.[5] Un studiu efectuat pe un lot de 462 de subiecţi cu BPOC, care suferiseră intervenţii chirurgicale vasculare majore, a arătat că, la cei trataţi cu β-blocante cardioselective, mortalitatea perioperatorie a scăzut cu 27% faţă de cei care nu urmau o astfel de medicaţie.[6]

În mod surprinzător, folosirea pe termen lung a β-blocantelor, la pacienţii cu BPOC, poate reduce atât mortalitatea generală şi cea prin boli cardiovasculare cât şi evenimentele respiratorii şi morbiditatea. Un studiu a semnalat, la această categorie de bolnavi care luau β-blocante, o scădere cu 30% a mortalităţii şi a riscului de acutizări, indiferent dacă subiecţii prezentau afecţiuni cardiovasculare sau nu.[7] În acest sens, studiul de cohortă realizat de Short şi colab. oferă informaţii suplimentare privind efectele β-blocantelor la nivelul aparatului respirator, alături de beneficiile lor cardiovasculare, în cazul pacienţilor cu BPOC.[8]

Autorii citaţi au adunat informaţii relevante din importante baze de date scoţiene, au selectat peste 5 000 de subiecţi, în funcţie de prezenţa sau absenţa terapiei concomitente cu β-blocante, şi au raportat sistematic efectele terapeutice, în funcţie de tratamentul în trepte de severitate din BPOC. Rata mortalităţii în toată cohorta a fost de 34% pe an. Aşa cum era de aşteptat, pentru fiecare treaptă de severitate din BPOC (definită în funcţie de medicamentele prescrise), pacienţii trataţi cu β-blocante au prezentat o rată a mortalităţii prin afecţiuni cardiovasculare semnificativ mai mică decât cei care nu luau respectiva medicaţie. Efectul terapeutic pozitiv a fost observat chiar şi după ajustarea factorilor de risc şi a evenimentelor cardiovasculare cunoscute. De asemenea, decesele catalogate ca fiind legate de BPOC au fost mai puţine în grupul de subiecţi care primeau β-blocante. Internările în spital corelate cu afecţiunile respirato-

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

rii, precum și prescripțiile în urgență de corticosteroizi pe cale orală au avut și ele un cuantum semnificativ mai mic la pacienții tratați cu β-blocante (raportul de risc fiind cuprins între 0,23 și 0,88).

Este tentant să fie ignorate rezultatele prezentate, ele reflectând ameliorarea afecțiunilor cardiovasculare (de pildă, insuficiența cardiacă cronică) și, consecutiv, a dispneei, care este interpretată, de altfel, ca o reducere a simptomelor din BPOC. Aceleași diferențe s-au menținut, însă, și după ajustarea pentru boala cardiovasculară, ceea ce sugerează că β-blocantele pot avea un efect independent asupra BPOC-ului. Este, oare, plauzibil un asemenea impact direct asupra BPOC-ului?

Studiile pe animale sugerează o alterare a responsivității și inflamației căilor aeriene, după β-blocarea cronică.[9, 10] Un studiu recent, de mică amploare, realizat pe subiecți umani, susține aceste observații. În ciuda bronhospasmului acut inițial, dozele din ce în ce mai mari de β-blocante, administrate cronic în cazul pacienților cu astm, au redus capacitatea de răspuns a căilor aeriene.[11] Astfel, blocarea cronică a receptorilor adrenergici de tip β în BPOC poate aduce beneficii, datorită efectelor bronhoprotectoare, antiinflamatoare și mucolitice.

Studiul realizat de Short și colab. sugerează că evenimentele din BPOC au fost mai puține în rândul bolnavilor tratați cu β-blocante, indiferent de severitatea afecțiunii lor. Astfel, se pune întrebarea dacă medicii ar trebui sfătuiți să prescrie o atare medicație pacienților cu BPOC. Răspunsul este "nu încă". Deși informațiile cu privire la mortalitatea datorată bolii cardiovasculare arată clar că β-blocantele nu ar trebui menținute pentru indicații cardiovasculare, folosirea lor directă pentru BPOC este prematură. Studiul a fost o analiză retrospectivă ce a folosit baze de date de sănătate, astfel că nu a putut fi eliminat fenomenul de confuzie dat de indicația medicală și de ajustarea post-hoc de către doctorii respectivi. Rezultatele obținute, alături de informațiile din alte cercetări, arată că folosirea β-blocantelor poate contribui la reducerea mortalității asociată cu BPOC. Este necesară, așadar, efectuarea unor studii prospective capabile să stabilească eventualele efecte benefice ale β-blocantelor asupra evenimentelor legate de BPOC.

Cum ar trebui să fie inițiat tratamentul cu β-blocante pentru indicații cardiace, la pacienții cu BPOC? Este recomandat să se utilizeze un β-blocant cardioselectiv, iar bolnavul să fie ținut sub observație în timpul administrării primei doze. În rarele cazuri în care apare bronhospasmul este bine să se folosească, mai întâi, agenți anticolinergici. Din studiile legate de astm este de reținut că agoniștii de receptori β-adrenergici pot fi eficienți în anularea bronhospamului, chiar și în prezența dozelor mici de β-blocante, utilizate în studiile pilot privitoare la astm.[12]

Traducere: Dr. Emanuela Micu

1 Raine JM, Palazzo MG, Kerr JH, Sleight P. Near-fatal bronchospasm after oral nadolol in a young asthmatic and response to ventilation with halothane. *BMJ* 1981;282:548-9.
2 Williams IP, Millard FJ. Severe asthma after inadvertent ingestion of oxprenolol. *Thorax* 1980; 35: 160.
3 Van der Woude HJ, Zaagsma J, Postma DS, Winter TH, van Hulst M, Aalbers R. Detrimental effects of beta-blockers in COPD: a concern for nonselective beta-blockers. *Chest* 2005; 127: 818-24.
4 Shiga T, Wakaumi M, Yajima T, Kajimoto K, Matsuda N, Kawana M, et al. Beta-blocker therapy combined with low-dose pimobendan in patients with idiopathic dilated cardiomyopathy and chronic obstructive pulmonary disease: report on two cases. *Cardiovasc Drugs Ther* 2002; 16: 259-63.
5 Berry CE, Wise RA. Mortality in COPD: causes, risk factors, and prevention. *COPD* 2010;7:375-82.
6 Van Gestel YR, Hoeks SE, Sin DD, Welten GM, Schouten O, Witteveen HJ, et al. Impact of cardioselective beta-blockers on mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease and atherosclerosis. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;178:695-700.
7 Rutten FH, Zuithoff NP, Hak E, Grobbee DE, Hoes AW. Beta-blockers may reduce mortality and risk of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2010;170:880-7.
8 Short PM, Lipworth SIW, Elder DHJ, Schembri S, Lipworth BJ. Effect of blockers in treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a retrospective cohort study. *BMJ* 2011;342:d2549.
9 Nguyen LP, Lin R, Parra S, Omoluabi O, Hanania NA, Tuvim MJ, et al. Beta2-adrenoceptor signaling is required for the development of an asthma phenotype in a murine model. *Proc Natl Acad Sci USA* 2009;106:2435-40.
10 Nguyen LP, Omoluabi O, Parra S, Frieske JM, Clement C, Ammar-Aouchiche Z, et al. Chronic exposure to beta-blockers attenuates inflammation and mucin content in a murine asthma model. *Am J Respir Cell Mol Biol* 2008;38:256-62.
11 Hanania NA, Singh S, El-Wali R, Flashner M, Franklin AE, Garner WJ, et al. The safety and effects of the beta-blocker, nadolol, in mild asthma: an open-label pilot study. *Pulm Pharmacol Ther* 2008;21:134-41.
12 Hanania NA, Mannava B, Franklin AE, Lipworth BJ, Williamson PA, Garner WJ, et al. Response to salbutamol in patients with mild asthma treated with nadolol. *Eur Respir J* 2010;36:963-5.

Blocanţii receptorilor pentru angiotensină şi rezultatele cardiovasculare

Există dovezi solide ce resping ipotezele propuse anterior, privind un risc crescut

PHOTO RESEARCHERS INC/SPL

CERCETARE, p. 314

F D Richard Hobbs professor of primary healthcare, Department of Primary Health Care, University of Oxford, Oxford OX1 2ET, UK
f.d.r.hobbs@bham.ac.uk

Conflicte de interese: Autorul a completat formularul Unified Competing Interest de pe www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibil la cerere, din partea autorului responsabil cu corespondenţa) şi a declarat că: nu a beneficiat de sprijin financiar, pentru materialul realizat, din partea niciunei organizaţii; ocazional, a primit sponsorizări pentru taxe şi cheltuieli din partea unor companii care comercializează medicamente indicate în tratamentul afecţiunilor cardiovasculare (printre care Takeda, Astra-Zeneca, Merck şi Novartis), incluzând blocanţii receptorilor pentru angiotensină (BRA), dar şi onorarii pentru discursuri ţinute la diverse congrese ştiinţifice – acestea au abordat subiecte generale legate de riscul de boli cardiovasculare, iar în situaţiile în care prelegerile au inclus subiectul blocanţilor de receptori pentru angiotensină, a tratat tema indicaţiilor aprobate din insuficienţa cardiacă; autorul a fost implicat în elaborarea ghidurilor pentru reducerea riscului de boală cardiovasculară pentru diferite societăţi medicale.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol comandat, fără evaluare externă.

În sinteza sistematică şi metaanaliza pe marginea aceluiaşi subiect, Bangalore şi colab. evaluează rezultatele cardiovasculare şi alte tipuri de rezultate asociate cu blocanţii receptorilor de angiotensină (BRA). Ei au constatat că există dovezi solide ce resping temerile de până acum, referitoare la potenţialul sus-citatei medicaţii de a creşte riscul de infarct miocardic, şi au observat că, în comparaţie cu controalele, BRA reduc riscul de atac vascular cerebral, de insuficienţă cardiacă şi de diabet zaharat nou instalat.[1]

În evaluarea raportului risc/beneficii, sistemele de sănătate pun deseori problema siguranţei medicamentelor aflate în uz. Astfel de temeri pot proveni din demonstrarea fără drept de apel a unor riscuri catastrofice, de genul celor identificate pentru talidomidă, ele putând avea drept consecinţă imediată scoaterea medicamentului de pe piaţă. Retragerea poate avea şi un caracter voluntar, aşa cum se întâmplă în cazul produselor ce nu prezintă riscuri specifice, dar nici nu sunt superioare celor concurente. Un asemenea exemplu îl constituie rofecoxib şi valdecoxib, antiinflamatoarele nesteroidiene Cox-2 selective ce au avut drept consecinţă creşterea consumului de antiinflamatoare nesteroidiene neselective în asociere cu inhibitori ai pompei protonice.[2]

Au existat şi situaţii în care anumite medicamente au fost retrase brusc de pe piaţă, din motive de siguranţă, însă scoaterea lor treptată sau chiar menţinerea pe piaţă ar fi fost o variantă mai bună. De exemplu, retragerea precipitată a anticoncepţionalelor orale de generaţia III, din 1995 (ca urmare a faptului că generat augmentarea riscului de tromboză – a celui relativ, cu 1,7, însă a celui absolut, cu doar foarte puţin), a declanşat panică în populaţie, sentiment ce s-a extins şi asupra anticoncepţionalelor "mai sigure", aflate în uz de ceva vreme, iar în Marea Britanie a determinat, temporar, în următoarele trei luni după alerta în masă, o creştere masivă a numărului de sarcini nedorite, înregistrându-se, totodată, un surplus de 6 198 de avorturi (cu 16% mai multe).[3] Nu rămâne decât să sperăm că recenta îngrijorare stârnită de un eventual risc crescut de tromboză, în cazul administrării de contraceptive orale combinate pe bază de drospirenonă (faţă de cele cu levonorgestrel), nu vor urma aceeaşi cale.[4]

Există şi scenariul iresponsabil în care temerile legate de siguranţa medicamentelor nu au un fundament real, aşa cum o atestă falsa corelare dintre tripla vaccinare şi autism. Ridicarea unor atari probleme poate avea ca rezultat un mediu mai sigur al tratamentelor bazate pe dovezi; în acelaşi timp, însă, ele riscă să submineze încrederea publicului în capacitatea companiilor de a produce medicamente sigure, în abilitatea sistemelor de sănătate de a reglementa piaţa farmaceutică şi în cea a medicilor de a prescrie medicamente sigure (numai după discutarea tuturor riscurilor şi a beneficiilor cu pacienţii lor). Principiul "înainte de toate, să nu faci rău" funcţionează în ambele sensuri – este necesar ca doctorii să se asigure că sunt îndeplinite condiţiile de siguranţă şi de eficienţă atunci când prezintă bolnavului opţiunile terapeutice, pentru a preîntâmpina răul direct, dar şi că respectivele decizii se bazează pe dovezi solide, pentru a evita răul indirect.

În asemenea condiţii, cum rămâne cu presupusul risc crescut de infarct miocardic pe care-l implică administrarea BRA? Iniţial, un atare risc a fost sugerat după ce studiul VALUE a arătat că, faţă de valsartan (BRA), amlodipina (blocant de calciu cu durată prelungită de acţiune) nu redusese mortalitatea şi morbiditatea de cauză cardiovasculară (rezultatul primar combinat al studiului, cu putere mare), dar se asociase cu o creştere

Scanned with OKEN Scanner

Centrul pentru Managementul Serviciilor de Sanatate

CENTRUL PENTRU MANAGEMENTUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE (CMSS) este o companie privată înființată de profesioniști în domeniul managementului în sănătate, care oferă servicii de consultanță, instruire și aplicații software integrate pentru codificare clinică.

Consecvenți politicii sale **CMSS** vine în întâmpinarea necesităților dumneavoastră cu soluții concrete care să vă eficientizeze activitatea și care să contribuie la maximizarea veniturilor instituțiilor dumneavoastră:

SERVICII DE CONSULTANȚĂ ȘI ANALIZE ALE ACTIVITĂȚII CLINICE DRG A SPITALULUI

- prevalidare pentru **toate regulile de validare** stabilite de către SNSPMPDS, astfel încât riscul invalidării foilor de observație să devină extrem de mic.
- analize și rapoarte complexe, personalizate pentru cerințele specifice spitalului, la nivel global, de secție sau medic.

SOFTWARE pentru codificare clinică

- **CMSS** oferă produse software pentru codificare clinică – produse ce conțin grouperul de codificare în vederea îmbunătățirii activității de codificare clinică.
- **CMSS Coder** – este o aplicație software ce permite introducerea tuturor datelor clinice ale pacienților externați și permite deasemenea o radiografie exactă a codificării clinice.
- aplicația software atenționează utilizatorii asupra erorilor de codificare ce trebuiesc imediat corectate și permite perfecționarea codificatorilor din spital.
- în orice moment aplicația afișează valoarea relativă a cazului, durata de spitalizare și venitul obținut de spital.
- Aplicația este un produs informatic realizat de specialiștii noștri în colaborare cu programatori din Australia, specialiști internaționali în sisteme de grupare clinică.

CURSURI PENTRU CODIFICATORI CLINICI

- **CMSS** oferă cursuri de instruire în codificare clinică de lungă durată, l a distanță pe o perioadă de 6-12 luni împreună cu partenerul nostru exclusiv Health Information Management Association of Australia (HIMAA), absolvenții acestor cursuri devenind codificatori profesioniști cu certificare cu recunoaștere internațională.
- Cursuri de scurtă durată inclusiv la sediul beneficiarului pe specialități clinice

ELABORAREA DE POLITICI DE SĂNĂTATE, MANAGEMENTUL PROIECTELOR DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, INCLUSIV PROIECTE EUROPENE.

EXPERTIZĂ ȘI COMPETENȚĂ ÎN PROCESUL DE ACREDITARE AL SPITALELOR

CMSS pune la dispoziția instituțiilor medicale o gamă complexă de produse și servicii toate acestea fiind certificate de sute de utilizatori din toată țara și aceasta reprezintă cel mai bun certificat de garanție și calitate.

Scopul nostru declarat este să oferim
SOLUȚII SĂNĂTOASE
în Sistemul Sanitar Românesc.

Scanned with OKEN Scanner

Sub auspiciile Academiei Oamenilor de Ştiinţă din România

MEDICA ACADEMICA

Vă invităm să accesaţi medicaacademica.ro

Descoperiţi în noul site al Medica Academica actualitatea din domeniul medical, alături de exclusivităţi, interviuri cu personalităţi, noutăţi legislative, reglementări europene, puncte de vedere ale liderilor de opinie din sistemul sanitar.

Revista este creditată cu
- 5 credite CMR/ abonament anual
- 20 ore EMC/ chestionar
- 10 ore EFC/ abonament anual

Pentru abonamente vă rugăm contactaţi:
Georgiana TĂCUTU
georgiana.tacutu@tarus.eu
021 321 0190

TARUS Media

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Angiotensin receptor blockers and cardiovascular outcomes
Robust evidence refutes previous suggestions of an increased risk

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;342:d2193
doi: 10.1136/bmj.d2193

relativă semnificativă, de 19%, a incidenţei infarctului miocardic.[5] Această din urmă observaţie cu putere scăzută (ce putea fi formulată, mai exact, astfel: valsartan a diminuat probabilitatea infarctului miocardic într-o măsură mai mică decât amlodipina, în loc de "valsartan a majorat riscul de infarct miocardic") a generat comparaţii negative între BRA şi, în particular, inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei. Un editorial *BMJ* cu caracter critic a pornit de la raportarea selectivă a diferitelor rezultate secundare din alte şase studii ce implicau BRA (comparate cu alte medicamente), ajungând la mesajul principal adresat clinicienilor, care implica eventualitatea ca aceştia să fie nevoiţi să discute cu pacienţii "efectele neaşteptate ale BRA asupra infarctului miocardic" înainte de a prescrie respectivele medicamente.[6]

A fost nevoie de şapte ani până la apariţia unei evaluări pertinente a unui atare risc; rezultatele ei, publicate în *BMJ*,[1] au fost obţinute pe baza unei serii de metaanalize ale principalelor studii cu BRA. Autorii au realizat o analiză sistematică riguroasă, cu criterii adecvate de includere şi excludere, şi au supus datele sintetizate pe baza respectivelor studii unor metode metaanalitice standardizate, verificând apoi multiplele rezultate intermediare printr-o urmărire secvenţială. Concluziile lor, bazate pe 37 de cercetări şi aproape 500 000 de monitorizări ale tendinţei riscului de producere a evenimentului de interes pe întreaga perioadă de urmărire a tuturor subiecţilor, susţin ipoteza că observaţiile furnizate de primele studii izolate erau, probabil, greşite, datele selectate neevidenţiind nicio creştere a riscului de infarct miocardic faţă de loturile de control (risc relativ 0,99, interval de încredere 95% de la 0,92 la 1,07), fie că era vorba de compararea cu alte substanţe active ori de placebo. Datele privitoare la acest rezultat îşi menţin relevanţa chiar şi atunci când creşterea riscului relativ este de doar 7,5%. La fel, faţă de loturile de control, BRA nu au fost asociate cu o augmentare relativă a riscului de deces, de mortalitate generată de cauze cardiovasculare sau a celui de angină, indiferent dacă termenul celălalt al comparaţiei era o altă substanţă activă sau placebo. Dimpotrivă, comparativ cu loturile martor, BRA au fost corelate cu reducerea riscului de atac vascular cerebral (cu 10%), a celui de insuficienţă cardiacă (cu 13%) şi a celui de diabet nou instalat (cu 15%).

Ar fi interesant de aflat câţi clinicieni au dezbătut cu pacienţii lor, după lansarea controversei, riscul speculativ de infarct miocardic legat de administrarea BRA. Noile date, laolaltă cu metaanalizele anterioare,[7-10] ne oferă suficiente informaţii menite să ne liniştească: când se pune problema decesului şi a infarctului miocardic, BRA nu sunt nici mai bune, nici mai rele decât medicamentele concurente. Se pare, însă, că ele oferă beneficii suplimentare legate de reducerea riscului de atac vascular cerebral, de insuficienţă cardiacă şi de incidenţă a diabetului. Asemenea avantaje relative, modeste, pot fi discutate deschis, ţinându-se cont şi de preferinţele pacienţilor, pentru că nu se pune problema costurilor, din moment ce BRA cele mai frecvent prescrise au deja, sau vor avea, până în 2012, corespondente generice. Deşi doctorii au nevoie de îndrumări legate de medicamentele ce reprezintă alegerea optimă din punctul de vedere al cost-eficienţei, mai ales din partea National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE – Institutul Naţional pentru Sănătate şi Excelenţă Clinică) din Marea Britanie, vor fi în continuare binevenite informaţiile de bună calitate referitoare la beneficiile relative sau la limitările agenţilor terapeutici din aceeaşi clasă ori din clase diferite.

Traducere: Dr. Mădălina Geantă

1 Bangalore S, Kumar S, Wetterslev J, Messerli FH. Angiotensin receptor blockers and risk of myocardial infarction: meta-analyses and trial sequential analyses of 147 020 patients from randomised trials. *BMJ* 2011;342:d2234.
2 Sun SX, Lee KY, Bertram CT, Goldstein JL. Withdrawal of cox-2 inhibitors rofecoxib and valdecoxib: impact on NSAID and PPI prescriptions and expenditures. *Curr Med Res Opin* 2007;8:1859-66.
3 Drife JO. The third generation pill controversy ("continued"): the risks are still small compared with those of pregnancy. *BMJ* 2001;323:119-20.
4 Dunn N. The risk of deep venous thrombosis with oral contraceptives containing drospirenone. *BMJ* 2011;342:d2519.
5 Julius S, Kjeldsen SE, Weber M, Brunner HR, Ekman S, Hansson L, et al; VALUE Trial Group. Outcomes in

hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomised trial. *Lancet* 2004;363:2022-31.
6 Verma S, Strauss M. Angiotensin receptor blockers and myocardial infarction. *BMJ* 2004;329:1248-9.
7 Turnbull F, Neal B, Algert C, Chalmers J, Woodward M, MacMahon S. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. *Lancet* 2003;362:1527-35.
8 Blood Pressure Lowering Treatment Trialists Collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *Lancet* 2000;356:1955-64.
9 Matchar DB, McCrory DC, Orlando LA, Patel MR, Patel UD, Patwardhan MB, et al. Systematic review: comparative effectiveness of angiotensinconverting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers for treating essential hypertension. *Ann Intern Med* 2008;148:16-29.
10 Elliott WJ, Meyer PM. Incident diabetes in clinical trials of antihypertensive drugs: a network meta-analysis. *Lancet* 2007;369:201-7.

Proteza de disc pentru durerea lombară joasă, cronică

Dovezile actuale sugerează că aceasta poate fi cea mai bună soluţie chirurgicală

CERCETARE, p. 312

Jeremy Fairbank professor of spine surgery, University of Oxford, Nuffield Orthopaedic Centre, Oxford OX3 7PF, UK
jeremy.fairbank@ndorms.ox.ac.uk

Conflicte de interese: Autorul a completat formularul Unified Competing Interest de pe www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibil, la solicitare, de la autorul responsabil cu corespondenţa) şi a declarat că nu a avut niciun sprijin de la vreo organizaţie pentru lucrarea de faţă şi nicio relaţie financiară cu vreo organizaţie ce ar putea avea vreun interes legat de lucrarea prezentă, în ultimii trei a fost primul autor al articolului din 1980 privind indicele de dizabilitate Oswestry şi este deţinătorul dreptului de copyright, obţinând, prin urmare, un venit din acesta.

Provenienţă şi modalitate de recenzare: Articol comandat, fără evaluare externă.

Total disc replacement for chronic low back pain
Current evidence suggests this may be the best surgical solution

Citaţi articolul ca:
***BMJ* 2011;342:d2745**
doi: 10.1136/bmj.d2745

În trialul controlat şi randomizat corelat, Hellum şi colab. compară, la pacienţii cu durere lombară joasă, cronică, eficacitatea intervenţiei chirurgicale cu protezare discală *versus* recuperarea medicală intensivă.[1]

Durerea lombară joasă este o condiţie frecventă care, de regulă, se ameliorează. Unele cazuri devin, însă, cronice, iar mortalitatea poate fi crescută.[2] Se acumulează dovezi în favoarea eficacităţii programelor de recuperare combinate cu terapia cognitiv-comportamentală (programe psihologice şi fizice combinate – combined physical and psychological programme – CPP) la persoanele cu boală cronică. Componenta fizică a unor asemenea programe include, de obicei, antrenamentul aerobic, cel de rezistenţă cu ajutorul echipamentului de gimnastică şi exerciţiile de stretching, iar cea psihologică presupune terapie cognitiv-comportamentală, consiliere şi abilităţi de management al durerii. Programele pun accent pe încrederea în sine, pe strategiile de adaptare, pe stabilirea de obiective şi pe rezolvarea problemelor. Tratamentul este realizat, în principal, în grup. În cadrul reţelelor de îngrijire medicală primară şi secundară, antrenamentul fizic constituie partea principală a programelor destinate pacienţilor cu durere lombară joasă, cronică.[3,4]

CPP este recomandat de Department of Health (Ministerul sănătăţii) pentru unităţile ce furnizează asistenţă pentru afecţiunile coloanei vertebrale şi este sprijinit de ghidurile elaborate de National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE – Institutul Naţional pentru Sănătate şi Excelenţă Clinică).[5]

Pentru tratarea durerii lombare joase, cronice a fost utilizată, de mulţi ani, intervenţia chirurgicală. Fuziunea spinală are la bază conceptul conform căruia durerea provine de la unul sau mai multe segmente lombare şi că imobilizarea o va ameliora. Două trialuri randomizate au arătat că fuziunea spinală a fost semnificativ mai eficace pentru îmbunătăţirea indicelui de dizabilitate Oswestry, comparativ cu CPP, dar că, din punct de vedere clinic, a avut doar un beneficiu limitat.[3,4] Într-un alt trial clinic, fuziunea spinală a ameliorat indicele de dizabilitate Oswestry faţă de asistenţa standard.[6]

O altă abordare chirurgicală este menţinerea mobilităţii coloanei vertebrale prin înlocuirea discului intervertebral, utilizând acelaşi principiu care a avut succes în artroplastia totală din alte articulaţii mari. Substituirea discului a evoluat, în ultimii 40 de ani, de la inserţia unei bile mecanice (rulment) în spaţiul discal şi până la o gamă de implanturi foarte sofisticate. Două trialuri ample, controlate şi randomizate, finanţate comercial, alături de un altul cu finanţare non-comercială, toate axate pe protezarea discală, nu au sesizat diferenţe semnificative între înlocuirea discală şi

Scanned with OKEN Scanner

ZEPHIR/SPL

În prezent înlocuirea discală utilizează o gamă largă de implanturi sofisticate

fuziunea spinală în ceea ce privește indicele de dizabilitate Oswestry.[7,8]

Trialul realizat de Hellum și colab. este primul studiu controlat și randomizat, cu finanțare independentă, care a comparat înlocuirea discului vertebral cu CPP. Deși a arătat că substituirea discului a dus la o ameliorare semnificativă a indicelui de dizabilitate Oswestry (și a unora dintre variabilele secundare), după doi ani de la intervenție, rezultatele nu au fost semnificative clinic.

Niciun studiu nu a inclus vreun grup de control fără intervenție, cu excepția, discutabilă, a unui trial suedez,[6] așa că este greu să tragem concluzii. CPP este mai ieftin, mai sigur și mai puțin perturbator pentru stilul de viață al pacienților decât abordarea chirurgicală și oferă un beneficiu pe termen lung (date nepublicate ale unei supravegheri de șapte ani din trialul nostru controlat și randomizat, ce a comparat intervenția chirurgicală cu recuperarea medicală[4]).

Dificultatea de a decide care tratament este cel mai bun este accentuată de nivelul actual de înțelegere incompletă a durerii lombare. CPP și operațiile se bazează pe concepții complet diferite legate de durerea lombară. Intervenția chirurgicală necesită identificarea existenței unui disc dureros, ori măcar a unui segment dureros la mișcare (vertebră-disc-vertebră). Răspunsul la CPP poate însemna că există o disfuncție a controlului motor sau, cel puțin, că durerea va răspunde la activitatea fizică. Degenerarea discală poate fi pusă în evidență de imagistica prin rezonanță magnetică, dar studiile epidemiologice arată că aceasta este prezentă la trei sferturi din întreaga populație cu disconfort lombar, ce atinge 75%, și la 80% din restul celor 25% fără un astfel de disconfort.[9]

Durerea lombară pare să fie mai frecventă la persoanele cu debut precoce și degenerare discală extinsă.[9] Discografia poate fi utilizată pentru identificarea unui segment dureros, dar dificultățile legate de interpretarea sa și morbiditatea pe termen lung, asociată cu degenerarea discală prematură și cu pierderea înălțimii discului ridică serioase întrebări legate de valoarea diagnostică a procedurii.[10] Această tehnică nu a fost utilizată în studiul lui Hellum și colab.

Calitatea cercetării clinice și a celei fundamentale în acest domeniu este din ce în ce mai bună, dar avem nevoie de noi căi de identificare a persoanelor care ar putea beneficia de intervențiile chirurgicale și de a vedea dacă rezultatele se mențin pe termen lung. Eșecul implantului poate avea consecințe serioase. Nu trebuie să urmăm exemplul creșterii exponențiale a operațiilor pentru durerea lombară joasă observată în SUA în ultimul deceniu, deoarece nu este susținut de dovezi și presupune costuri tot mai mari, rezultatele obținute fiind nesemnificative.[11]

Care sunt implicațiile dovezilor pentru ceea ce fac clinicienii în practică? Ținând seama de riscurile chirurgicale (în studiul lui Hellum și colab. a apărut o complicație gravă, cu amputație de picior, în timpul unui revizuiri chirurgicale pentru un disc polietilenic dislocat, fiind raportate și complicații serioase și decese după revizuirea protezelor discale), pare rezonabilă utilizarea CPP cât mai devreme în evoluția durerii lombare joase, cronice (trei până la șase luni). O atare abordare este susținută de rezultatele trialurilor controlate randomizate atât în asistența primară cât și în cea secundară, la persoanele cu durere lombară joasă subacută și cronică.[12] Lamb și colab. au observat că intervenția prin terapie

Scanned with OKEN Scanner

cognitiv-comportamentală de grup a ameliorat durerea lombară și dizabilitatea la un an, comparativ cu absența oricărei intervenții.[12]

Dacă se optează, totuși, pentru abordarea chirurgicală, rezultatele obținute de Hellum și colab. sugerează că protezarea discală este ușor superioară fuziunii spinale. Trialul lor este singurul care a comparat protezarea discală cu CPP, a arătat că protezarea discală a fost semnificativ mai eficace (diferență de aproximativ opt puncte la indicele de dizabilitate Oswestry între grupuri), chiar dacă aceasta nu s-a transpus într-o eficacitate clinică mai bună. Și un alt trial anterior, care a comparat fuziunea spinală cu CPP, a observat că, față de CPP, intervenția chirurgicală a generat un beneficiu semnificativ doar din punct de vedere statistic, nu și clinic, dimensiunea lui fiind, însă, mai mică (~patru puncte la indicele de dizabilitate Oswestry).[4] Vor fi necesare noi studii pentru a confirma sau infirma observațiile inițiale.

Traducere: Dr. Rodica Chirculescu

1 Hellum C, Johnsen LG, Storheim K, Nygaard ØP, Brox JI, Rossvoll I, et al. Surgery with disc prosthesis versus rehabilitation in patients with low back pain and degenerative disc: two year follow-up of randomised study. *BMJ* 2011;342:d2786.
2 Jordan KP, Croft P. Mortality and cancer in patients with new musculoskeletal episodes: a cohort study. *Br J Gen Pract* 2010;60:e105-11.
3 Brox J, Sorensen R, Friis A, Nygaard O, Indahl A, Keller A. Randomized clinical trial of lumbar instrumented fusion and cognitive intervention and exercises in patients with chronic low back pain and disc degeneration. *Spine* 2003;28:1913-21.
4 Fairbank J, Frost H, Wilson-MacDonald J, Yu L-M, Barker K, Collins R. Randomised controlled trial to compare surgical stabilisation of the lumbar spine with an intensive rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: the MRC spine stabilisation trial. *BMJ* 2005;330:1233.
5 National Institute for Health and Clinical Excellence. Low back pain. CG88. 2009. http://guidance.nice.org.uk/ CG88/NICEGuidance/pdf/English.
6 Fritzell P, Hagg O, Wessburg P, Nordwall A, Group SLSS. Chronic back pain and fusion: a comparison of three surgical tecniques: a prospective multicentre randomized study from the Swedish Lumbar Spine Study Group. *Spine* 2002;27:1131-41.
7 Blumenthal S, McAfee PC, Guyer RD, Hochschuler SH, Geisler FH, Holt RT, et al. A Prospective, randomized, multicenter Food and Drug Administration investigational device exemptions study of lumbar total disc replacement with the CHARITÉ artificial disc versus lumbar fusion. Part I: evaluation of clinical outcomes. *Spine* 2005;30:1565-75.
8 Zigler J, Delamarter R, Spivak JM, Linovitz RJ, Danielson GO 3rd, Haider TT, et al. Results of the prospective, randomized, multicenter Food and Drug Administration investigational device exemption study of the ProDisc(R)-L total disc replacement versus circumferential fusion for the treatment of 1-level degenerative disc disease. *Spine* 2007;32:1155-62.
9 Cheung K, Karppinen J, Chan P, Ho D, Song Y-Q, Sham P, et al. Prevalence and pattern of lumbar magnetic resonance imaging changes in a population study of one thousand forty-three individuals. *Spine* 2009;34:934-40.
10 Carragee EJ, Don AS, Hurwitz EL, Cuellar JM, Carrino J, Herzog R. 2009 ISSLS prize winner: does discography cause accelerated progression of degeneration changes in the lumbar disc: a ten-year matched cohort study. *Spine* 2009;34:2338-45.
11 Standoff over spinal fusion surgery highlights the poor quality of back care in the United States. *BackLetter* 2011;26:25, 30-2.
12 Lamb S, Hansen Z, Lall R, Castelnuovo E, Withers E, Nichols V, et al. Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet* 2010;375:916-23.

Creşterea siguranţei pacienţilor cu ajutorul educaţiei

Există o ocazie excelentă pentru a include pregătirea în domeniul abilităţilor interpersonale în programul de studii universitare şi postuniversitare

Simon Paterson-Brown
chairman, Patient Safety Board, Royal College of Surgeons of Edinburgh, Edinburgh EH8 9DW, UK
simon.paterson-brown@luht.scot.nhs.uk

Desființarea recentă a National Patient Safety Agency (Agenția Națională pentru Siguranța Pacienților)[1] nu este o veste de natură să ne liniștească, mai ales că survine după o serie de rapoarte care au semnalat existența unor carențe în furnizarea serviciilor medicale, ceea ce ne pune pe toți într-o lumină proastă, chiar dacă nu suntem direct implicați. Aproximativ unul din 10 pacienți internați în spital au parte de o experiență neplăcută, nelegată direct de

Scanned with OKEN Scanner

DR P MARAZZI/SPL

Conflicte de interese: Autorul a completat formularul Unified Competing Interest de pe www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponbil la cerere, de la autorul responsabil cu corespondența) și a declarat că nu a avut: niciun sprijin de la vreo organizație pentru lucrarea supusă publicării; niciun fel de relații financiare cu vreo organizație ce ar putea avea vreun interes legat de materialul realizat, în cursul a trei ani; niciun fel de alte relații sau activități ce ar fi putut influența lucrarea de față.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol necomandat, cu evaluare externă.

Improving patient safety through education
A window of opportunity exists to include training in human factors in undergraduate and postgraduate training

Citați articolul ca:
BMJ 2011;342:d214
doi: 10.1136/bmj.d214

boala lor,[2] iar în condițiile în care, pe plan global, sunt efectuate în fiecare an circa 234 de milioane de operații,[3] amploarea problemei (nu numai din punct de vedere chirurgical) este impresionantă.

Și, întrucât nu se preconizează niciun fel de noi investiții, starea de spirit din multe sectoare ale sistemului de sănătate britanic se menține foarte proastă. Acum la orizont se profilează, cu precădere, obiectivele clinice și cele financiare, educația și pregătirea trecând în plan secundar. Orarul prelungit și oboseala, cu care s-au confruntat numeroși medici aflați în pregătire, au fost ajustate în urma aplicării European Working Time Directive (Directiva Europeană pentru Programul de Lucru), fiind instituit, în schimb, un program de lucru mai intens care, în sine, a avut o popularitate scăzută și nu a determinat continuitate la nivelul îngrijirii și al pregătirii, mai ales în specialitățile chirurgicale.

În ultimii cinci ani, în cadrul sistemului național de sănătate britanic (NHS) au fost realizate investiții fără precedent, astfel încât, față de multe alte țări, clădirile, personalul, echipamentul și facilitățile din spitalele britanice respectă un standard ce ar trebui să faciliteze obținerea unor rezultate performante. Productivitatea a crescut și timpul de așteptare a scăzut, dar persistă multiple carențe la nivel de instituție sau de departament. Sunt de înțeles toate manifestările de furie ale publicului și nici nu poate fi susținută curba ascendentă a costurilor implicate de greșelile evitabile, cum sunt, de pildă, intervențiile chirurgicale de partea nevătămată; neasigurarea rezervei de antibiotice și a profilaxiei cu trombolitice; persistența infecțiilor cu *Stafilococcus aureus* cu rezistență înaltă la meticilină, cu *Clostridium difficile* și ratele de infectare la nivelul cateterelor venoase centrale; și erorile ce țin de administrarea medicamentelor. Asemenea greșeli se corelează, în primul rând, cu factorul uman și, atâta timp cât problema nu va fi abordată cum se cuvine, siguranța pacienților va continua să fie compromisă și vor mai apărea erori inacceptabile.[4]

Atât National Patient Safety Agency (www.npsa.nhs.uk) cât și Scottish Patient Safety Alliance (Alianța Scoțiană pentru Siguranța Pacienților) (www.patientsafetyalliance.scot.nhs.uk) au adoptat metode specifice programelor elaborate de Institute for Health Improvement (Institutul pentru Îmbunătățirea Sănătății) (www.ihi.org/ihi), destinate instituirii unor "rețele de îngrijire" menite să diminueze complicațiile în anumite domenii – de exemplu, infecțiile atribuite liniilor venoase centrale, profilaxia trombozei venoase profunde, suprainfectarea plăgilor și erorile intraoperatorii. Astfel de colaborări, bazate pe experiențe comune de învățare, transparență și deschidere, au dus la îmbunătățiri remarcabile în îngrijirea pacienților.[5]

Deși au dovedit eficiență și rezultate bune în domeniile pentru care au fost gândite, respectivele programe nu sunt decât o soluție parțială. Malpraxisul și carențele din practică apar, în principal, ca urmare a unor deficiențe ale culturii organizaționale și a abilităților non-tehnice ce stau la temelia bunei practici medicale, și mai puțin datorită unei lipse de cunoaștere sau de competențe tehnice. În prezent, abilitățile profesionale non-tehnice au fost identificate pentru chirurgie,[6] anestezie,[7] și nursing.[8] Lecțiile învățate în alte domenii au influențat și ele siguranța și calitatea în domeniul medical. Îmbunătățirile includ perfecționarea sistemelor de raportare; înțelegerea importanței factorului uman; pregătirea pentru munca în echipă, pentru a dezvolta și susține onestitatea, mobilitatea spirituală și schimbarea de ordin cultural.[9]

Demersurile ce vizează ameliorarea siguranței pacienților impun o modificare radicală a culturii și educației medicale. Așa cum s-a subliniat într-un editorial publicat anterior în *BMJ*,[10] pecum și de către Clinical Human Factors Group (Grupul pentru Factorul Uman Clinic) (www.chfg.org), importanța factorului uman în practica sigură a medicinei trebuie să fie integrată (cât mai amplu cu putință) atât în programa din facultate cât și în cea a pregătirii postuniversitare. Este nevoie de profesori devotați și entuziaști în toate segmentele sistemului spitalicesc și este necesară schimbarea paradigmei culturale în toate zonele practicii medicale, scopul final fiind o raportare mai deschisă și disponibilitatea de a colabora într-un

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

mediu încurajator, pentru a reduce variabilitatea în practica clinică.

Două schimbări majore ce au loc, în prezent, în medicina postuniversitară oferă șansa reală de a îndeplini multe dintre obiectivele menționate. Postgraduate Medical Education and Training Board (PMETB – Comitetul de Educație și Pregătire Medicală Postuniversitară), deși acum arondat General Medical Council (GMC – Colegiul Medicilor), are un statut unic, care îi conferă posibilitatea de-a aproba conținutul tuturor programelor din pregătirea postuniversitară, iar procesul se apropie de încheierea ciclului evolutiv curent. Tot în curs de realizare este și procesul de reconfirmare de către GMC. În concluzie, există o ocazie excelentă pentru a încorpora elementele esențiale (pentru asigurarea unor standarde superioare de îngrijire) ale performanței, ce țin de factorul uman, în esența educației și a evaluărilor medicale. Din păcate, nu există dovezi care să sugereze că o atare șansă este valorificată, așa încât planează, realmente, pericolul ca una dintre cele mai bune ocazii de a revoluționa cultura și practica medicală din Marea Britanie să fie ratată pentru generația următoare. Cei însărcinați în prezent cu educația, pregătirea și evaluarea medicilor în Marea Britanie trebuie să se ridice la înălțimea acestei provocări – altfel, pacienții vor continua să treacă prin experiențe ce puteau fi evitate și care, adesea, le pun viața în pericol, experiențe care sunt rezultatul tratamentului medical urmat.

Traducere: Dr. Mădălina Geantă

1 Roberts M. Health watchdogs "are to be axed." BBC News 2010. www.bbc.co.uk/news/health-10762043.
2 Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001:322:517-9.
3 World Alliance for Patient Safety. WHO guidelines for safe surgery. 2008. www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/en.
4 Scanlon MC, Karsh B. Value of "human factors" to medication and patient safety in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2010;38(suppl):S90-6.
5 Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 2006;355:2725-32.
6 Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N, Rowley DR, Youngson GG. Surgeons' non-technical skills in the operating room: reliability testing of the NOTSS behaviour rating system. *World J Surg* 2008;32:548-56.
7 Fletcher G, Flin R, McGeorge P, Glavin R, Maran N, Patey R. Rating non-technical skills: developing a behavioural marker system for use in anaesthesia. *Cogn Technol Work* 2004;6:165-71.
8 Mitchell L, Flin R. Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. *J Advanc Nursing* 2008;61:15-24.
9 Battles J, King H, Salas, E., Barach, P. The role of teamwork in the professional education of physicians: current status and assessment recommendations. *Joint Comm J Qual Safe* 2005;31:4:185-202.
10 Flin R, Patey R. Training in non-technical skills to improve patient safety. *BMJ* 2009;339:b3595.

BMJ pico: sfaturi pentru autori

Textul complet al tuturor lucrărilor științifice acceptate de *BMJ* este publicat integral, cu acces liber și fără limită de cuvinte, îndată după finalizare, în varianta electronică a revistei, de pe www.bmj.com. În versiunea tipărită, în schimb, fiecare astfel de articol apare într-un format prescurtat, «pico», printr-un atare demers urmărindu-se ca rezultatele cercetărilor să atragă într-o și mai mare măsură interesul cititorilor și să le fie și mai utile decât până acum. Începând din august 2009, autorii și-au scris singuri variantele prescurtate ale articolelor pentru *BMJ*.

Împreună cu specialiști în domeniul medicinei bazate pe dovezi am realizat formatul pico în vederea unei prezentări succinte a datelor-cheie din fiecare studiu, a reducerii la maximum a decalajului dintre varianta tipărită și cea electronică, precum și pentru a reuși să publicăm în ediția săptămânală a *BMJ* un cuantum cât mai mare de rezultate ale cercetărilor. Pentru mai multe detalii, accesați http://tinyurl.com/kp5c7o/.

Când autorii își trimit spre publicare un articol *in extenso*, nu este nevoie să pregătească tot atunci și forma lui pico, pe care să o transmită odată cu el. Ei își realizează singuri variantele prescurtate, folosind șabloanele furnizate de *BMJ*, numai după acceptarea manuscrisului.

Dat fiind faptul că publicarea lucrărilor științifice pe bmj.com este definitivă, nefiind doar o fază interimară, de tipul «întâi online și abia apoi în varianta tipărită», autorii care nu vor să-și prescurteze articolele pot opta exclusiv pentru alternativa publicării în versiunea electronică.

***BMJ* pico: advice to authors**

Se va cita ca: *BMJ* 2011;342:810

Traducere: Dr. Adina Țurcanu

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul preventiv ar putea reduce riscul apariţiei cancerului mamar

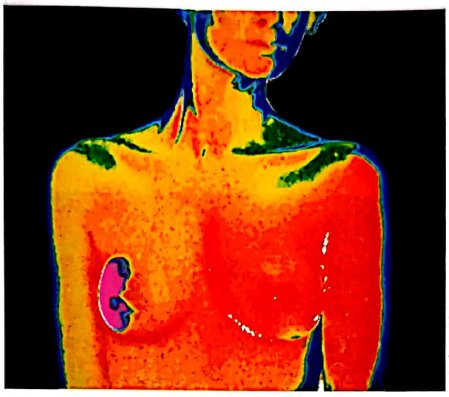
Zosia Kmietowicz LONDRA

Conform opinei unui grup de lucru internaţional alcătuit din experţi în oncologie, s-ar putea ca, în curând, doctorii să recomande o medicaţie preventivă femeilor cu risc crescut de instalare a cancerului de sân, ca în cazul prescrierii statinelor pentru reducerea riscului de boală cardiacă.

Acelaşi grup susţinea, în cadrul declaraţiei de consens ulterioare unei întruniri avute, anul trecut, în Elveţia (*Lancet Oncology* doi:10.1016/S1470-2045(11)70030-4), necesitatea ca toate persoanele de sex feminin al căror risc de cancer mamar în următorii zece ani este cu 4% mai mare decât valoarea medie să aibă acces la măsurile profilactice şi la monitorizarea specializată.

Cuantificarea riscului este, însă, extrem de dificilă. Dovezile existente atestă faptul că unul dintre factorii ce creează probleme este densitatea ţesutului mamar, determinată prin mamografie – aceasta fiind, în prezent, aşa cum se afirmă în analiză, "markerul pentru cancer de sân cu cea mai mare valoare predictivă". Femeile la care parametrul menţionat indică un cuantum de peste 75% au un risc de cancer mamar de patru–cinci ori mai mare decât al celor care au ţesut non-dens.

De asemenea, reducerea densităţii tisulare mamare poate fi un indicator al răspunsului la tratament. O trecere în revistă a patru studii a arătat că folosirea tamoxifenului ca terapie profilactică, timp de cinci ani, a redus cu 43% incidenţa cancerului de sân invaziv estrogen pozitiv şi a diminuat cu 38% riscul apariţiei unor noi tumori în următorii cinci ani după încetarea medicaţiei.



GILP/CNRI/SPL

Femeile cu densitate crescută a ţesutului mamar au un risc de patru–cinci ori mai mare de instalare a cancerului de sân

Jack Cuzick, preşedintele grupului de experţi, epidemiolog implicat în cercetarea oncologică în Marea Britanie şi încadrat la Queen Mary College, (Universitatea din Londra), a afirmat că, deşi tamoxifenul şi raloxifenul sunt autorizate pentru profilaxia cancerului mamar în SUA, nici unul dintre ele nu este folosit pe scară largă, mai ales din cauza temerilor legate de posibilele efecte secundare şi de incapacitatea lor de a prefigura apariţia respectivului tip de neoplasm. Profesorul Cuzick a adăugat: "Creşterea densităţii tisulare mamare este unul din principalii factori de risc pentru cancerul de sân, iar rezultatele obţinute deocamdată în studii sugerează că, în cazurile în care tamoxifenul scade densitatea tisulară mamară, se obţine o reducere concomitentă a riscului de cancer. Dacă efectul va fi confirmat în studii pe termen lung, cuantificarea densităţii ţesutului mamar ar putea deveni o metodă eficientă de identificare a femeilor cu risc crescut care au şanse reale de-a beneficia de pe urma tratamentelor profilactice." Alte posibile abordări preventive sunt reprezentate de medicamentele mai noi – de pildă, lasofoxifen, arzoxifen şi inhibitori de aromatază, ca anastrozol sau exemestan – cu care s-au obţinut rezultate promiţătoare, dar a căror acţiune trebuie să fie investigată în continuare. "Sperăm că în viitor vom putea să evaluăm riscul de apariţie a cancerului mamar în cadrul screeningului de rutină şi să oferim pacientelor recomandări individualizate referitoare la reducerea riscului şi la medicaţia profilactică", a spus prof. Cuzick.

Analiza solicită instituţiilor publice să evalueze medicamentele ce ar putea fi incluse în schemele de prevenţie deoarece este improbabil ca industria farmaceutică să-şi asume costul studiilor necesare, ţinând cont de faptul că, pentru multe dintre medicamentele implicate, perioada de protecţie a brevetului a şi expirat sau este pe cale să expire.

Grupul de experţi mai solicită organizaţiilor cu rol în reglementare şi comitetelor de evaluare să reevalueze procedurile de aprobare a tratamentelor preventive pentru a permite o apreciere globală a raportului beneficii/riscuri.

Preventive treatment could reduce risk of breast cancer

Citaţi articolul ca: *BMJ* 2011;342:d1982

Traducere: Dr. Mădălina Geantă

Încă 1,4 milioane de pacienţi săraci infectaţi cu HIV au fost trataţi în 2010

John Zarocostas GENEVA

Conform unui raport al UNAIDS, agenţia Naţiunilor Unite pentru HIV şi SIDA, la finele anului 2010 au primit tratament antiretroviral (ARV) circa 6,6 milioane de pacienţi infectaţi cu HIV originari din ţări cu venituri mici sau medii (dintre care aproape o jumătate de milion sunt copii), ceea ce înseamnă cu 1,4 milioane mai mulţi decât în 2009 (o valoare record).

Documentul subliniază că, în ciuda accesului tot mai extins la terapia antiretrovirală, "persistă o mare discrepanţă cu privire la acordarea ei" şi precizează că, din decembrie 2010, aproximativ nouă milioane de oameni care aveau indicaţie de tratament, nu l-au primit.

În raport se mai afirmă că "trebuie acordată o atenţie deosebită rezolvării inechităţilor în ceea ce priveşte îngrijirea copiilor infectaţi cu HIV". În 2009, tratamentul specific a fost disponibil pentru 36% dintre persoanele din toate categoriile de vârstă, în vreme ce pentru copii, procentul a fost considerabil mai mic (doar 28%).

JAKE LYELL/ALAMY

Un membru al personalului sanitar comunitar oferă medicamente unui copil în Kampala, Uganda

Urmând aceeaşi linie, Margaret Chan, directorul general al OMS, a spus: "Avem prea multe de făcut pentru a ajunge la accesul universal, iar dacă ne menţinem aceeaşi conduită ca şi până acum, nu ne vom atinge scopul. Avem nevoie de inovaţie în domeniul tratamentului HIV, inclusiv de abordări terapeutice şi profilactice mai simple."

Raportul, *AIDS at 30: Nations at the Crossroads* (*SIDA la 30: naţiunile aflate la răscruce*), afirmă că la finele lui 2010 erau infectate cu HIV peste 34 de milioane de oameni, mai mulţi decât în 2009 (33,3 milioane) şi că, în perioada 2001-2009, numărul de infecţii noi pe plan global a scăzut cu 25%.

Tido von Schoen-Angerer, director executiv al campaniei iniţiate de Médecins Sans Frontières pentru accesul la medicamente esenţiale, a spus că este încurajator să vedem că administrarea tratamentului ia amploare în ţările sărace, dar a adăugat că "ritmul trebuie să crească dacă vrem să avem şansa de-a fi cu un pas înaintea valului de noi infecţii."

Tot potrivit raportului, costul medicaţiei şi efortul de-a oferi pacienţilor medicamente mai bune şi cu un raport cost-eficienţă mai aproape de ideal reprezintă o problemă.

AIDS at 30: Nations at the Crossroads **poate fi găsit la adresa www.unaids.org.**

1.4 million more poor HIV patients were treated in 2010

Citaţi articolul ca: *BMJ* 2011;342:d3555

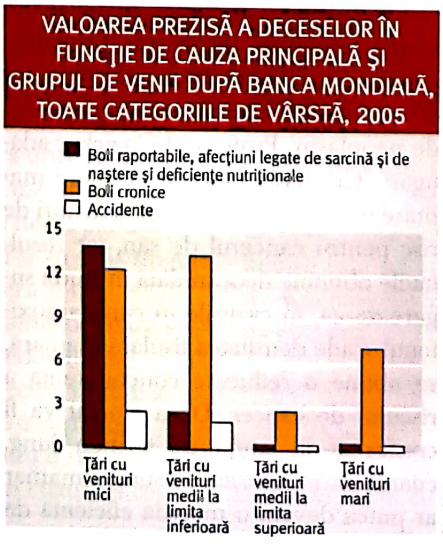
Traducere: Dr. Mădălina Geantă

Guvernele ţărilor din Africa Sub-Sahariană trebuie să găsească o rezolvare a problemei bolilor cronice

Peter Moszynski LONDRA

Conform unui raport prezentat la London School of Economics (LSE – Facultatea de Ştiinţe Economice din Londra), cu toate că mortalitatea datorată bolilor cronice înregistrată în Africa Sub-Sahariană este mai mare decât în aproape tot restul lumii, problema suscită mult prea puţină atenţie.

Documentul sintetizează punctele-cheie ale unei conferinţe internaţionale organizate de British Academy (Academia Britanică), Royal Society (Societatea Regală) şi Ghana Academy of Arts and Sciences (Academia de Arte şi Ştiinţe din Ghana), în februarie 2009, la Consiliul Britanic din Accra. Redactat de Ama de-Graft Aikins, bursier al LSE, acesta oferă o privire generală asupra perspectivelor multidisciplinare şi multi-instituţionale, evidenţiind atât dificultăţile existente cât şi bunele practici din domeniile cercetării, practicii clinice şi politicilor de sănătate.



OLUGBENGA OGEDEGBE

Autoarea subliniază faptul că, în Africa, "problemă morbidităţii şi a mortalităţii aferente este complexă". Afecţiunile infecţioase – de exemplu, malaria, tuberculoza, HIV/SIDA, bolile tropicale neglijate (de pildă, oncocercoza şi schistosomiaza) şi bolile de nutriţie – sunt cauze majore de invaliditate şi deces. Totodată, prevalenţa maladiilor cronice neraportabile, cum sunt, de exemplu, bolile cardiovasculare, neoplaziile şi diabetul, este în creştere.

Scanned with OKEN Scanner

Cu ocazia lansării, Francis Dodoo, profesor la Penn State University, a declarat că pare "un paradox" faptul că toate cele considerate, în viziunea tradiţională, drept "boli ale celor care trăiesc în belşug, afectează acum şi categoriile defavorizate."

Dr. de-Graft Aikins spune că, deşi statele africane au cea mai mare cotă de mortalitate şi de invaliditate regională şi globală datorată bolilor (25%), cei care le guvernează dedică cel mai mic procent din produsul intern brut sănătăţii, iar continentul deţine doar 3% din totalul cadrelor medicale din lume.

Africa's Neglected Epidemic: Multidisciplinary Research, Intervention and Policy for Chronic Disease (*Epidemiile neglijate din Africa: cercetare multidisciplinară, intervenţii şi politici pentru bolile cronice*) poate fi găsit la adresa www.britac.ac.uk/intl/Africa_Chronic_Disease.cfm.

Governments in sub-Saharan Africa must tackle chronic disease

Citaţi articolul ca: *BMJ* 2011;342:d3500

Traducere: Dr. Mădălina Geantă

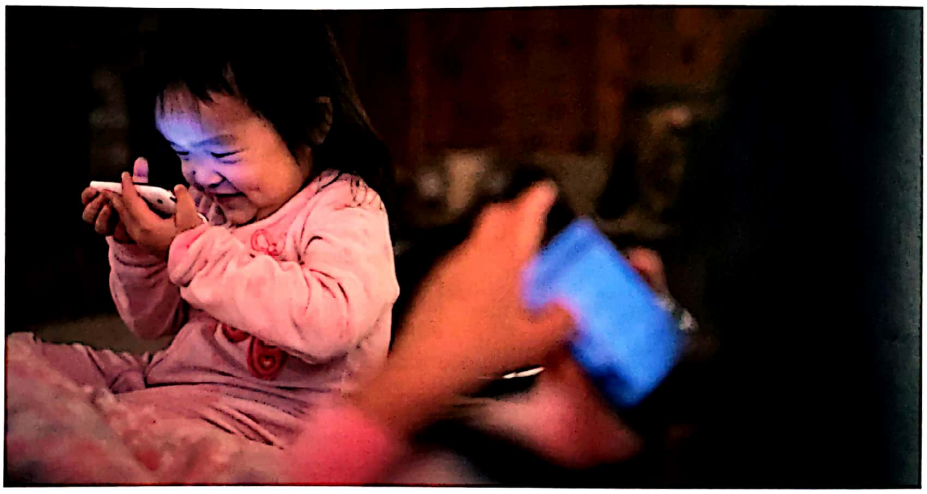
Un grup de experţi OMS încadrează telefoanele mobile în clasa "carcinogenilor posibili" pentru om

Susan Mayor LONDRA

Câmpurile electromagnetice de radiofrecvenţă generate de telefoanele mobile au fost considerate, de către un grup de experţi care s-a întrunit pentru a analiza dovezile disponibile, ca având un "posibil efect carcinogen" la om.

Grupul de experţi al WHO/International Agency for Research on Cancer (IARC –Agenţia Internaţională de Cercetare în Oncologie de pe lângă OMS) a trecut în revistă toate dovezile din cercetare ce evaluează pericolul potenţial de apariţie a neoplaziilor ca urmare a expunerii la câmpuri electromagnetice de radiofrecvenţă, analizând expunerea individuală asociată cu utilizarea telefoanelor fără fir, pe cea generată de transmisia semnalelor radio, a celor de televiziune şi de telefonie mobilă din mediul înconjurător, precum şi pe cea profesională la radar şi la microunde.

Grupul, alcătuit din 31 de oameni de ştiinţă din întreaga lume, a descoperit, la utilizatorii de telefoane mobile, existenţa unor dovezi "limitate" în sprijinul riscului crescut de gliom şi neurom acustic. Ceea ce înseamnă că între expunerea la un anume agent şi cancer a fost sesizată o corelare pozitivă, pe care grupul a apreciat-o ca fiind cauzală, însă nu a putut exclude potenţialul impact al hazardului, al, erorilor sistematice ori al factorilor de confuzie cu un nivel adecvat de încredere.



JOEY CELIS/GETTY IMAGES

Oamenii de ştiinţă au încadrat telefoanele mobile în acelaşi grup de risc cu cel al pudrelor de corp cu talc, corelate cu cancerul ovarian

Pe baza acestor observaţii, grupul a inclus folosirea telefoanelor mobile în categoria "posibil efect carcinogen" pentru oameni, sau categoria 2B pe scala efectului carcinogen practicată de agenţie. În aceeaşi clasă intră şi pudrele de corp pe bază de talc corelate cu riscul de cancer ovarian.

Jonathan Samet, preşedintele grupului de lucru, a declarat: "Dovezile, care se tot adună, sunt suficient de puternice pentru a ne susţine opinia şi încadrarea în categoria 2B. Iar concluzia este că ar putea exista un grad de risc, motiv pentru care trebuie să monitorizăm cu atenţie legătura dintre telefoanele mobile şi riscul de cancer."

Cele mai convingătoare date au fost furnizate de studiul Interphone, un set internaţional de cercetari de tip caz-control, desfăşurate în 13 ţări, în care au fost analizate tumorile dezvoltate în ţesuturile ce absorb cel mai intens energia de radiofrecvenţă emisă de telefoanele mobile, şi dintr-un studiu suedez, a spus dr. Samet.

Grupul a recomandat desfăşurarea unor noi cercetări, deşi a admis că studiile de monitorizare pe termen lung sunt dificil de susţinut, ca urmare a schimbărilor tehnologice constante din industrie. Estimările arată că există circa cinci miliarde de utilizatori de telefonie mobilă, iar numărul lor continuă să crească într-un ritm rapid.

"Având în vedere eventualele consecinţe ale acestor rezultate şi ale clasificării menţionate pentru sănătatea pu-

Scanned with OKEN Scanner

blică, este importantă demararea unor noi cercetări asupra utilizării intense, pe termen lung, a telefoanelor mobile", a declarat Cristopher Wild, directorul IARC. "Între timp, se impune să luăm măsuri practice pentru limitarea expunerii – de pildă, folosirea dispozitivelor de tip hands-free sau trimiterea de mesaje."

Declaraţia IARC poate fi consultată la adresa www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2011/pdfs/pr208_E.pdf.

WHO expert research group classifies mobile phones as "possibly carcinogenic" to humans

Citaţi articolul ca: *BMJ* 2011;342:d3483

Traducere: Dr. Mădălina Geantă

Noile regulamente europene prevăd înregistrarea obligatorie a tuturor remediilor naturiste

Rory Watson BRUXELLES

De la 1 mai, toate remediile naturiste comercializate în magazine ecologice, farmacii şi alte puncte de desfacere din Uniunea Europeană (UE) vor fi înregistrate oficial şi aprobate înainte de a fi vândute. Noile regulamente stipulează că licenţa de comercializare va fi acordată doar produselor al căror uz este "plauzibil pe baza perioadei îndelungate de utilizare şi a experienţei" şi a căror calitate şi siguranţă sunt garantate. Noile cerinţe au fost formulate în cadrul Traditional Herbal Products Directive (Directiva Europeană pentru Produse Tradiţionale Naturiste).

Aşa cum fusese decis în 2004, directiva a acordat producătorilor de remedii tradiţionale naturiste o perioadă de tranziţie de şapte ani pentru a-şi înregistra produsele aflate la vânzare în UE cu ajutorul autorităţilor naţionale de resort.

John Dalli, comisarul european al sănătăţii, a spus că această perioadă de tranziţie, neobişnuit de lungă, a acordat producătorilor şi importatorilor de remedii tradiţionale naturiste timpul necesar pentru a demonstra că produsele lor au un nivel acceptabil de siguranţă şi de eficienţă. "Pacienţii pot avea încredere acum în produsele naturiste pe care le cumpără din UE," a adăugat comisarul.

Un purtător de cuvânt al United Kingdom's Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (Agenţia Regatului Unit pentru Normarea Medicamentelor şi a Produselor de Îngrijire Medicală) a confirmat că toţi consumatorii pot fi siguri că produsele din programul de înregistrare al remediilor naturiste din cadrul agenţiei corespund standardelor necesare de siguranţă, de calitate, de producţie şi de informare a pacienţilor. În cadrul respectivului program, a adăugat purtătorul de cuvânt, nu este obligatoriu ca solicitanţii să demonstreze eficienţa produsului, dar înregistrarea lui va fi refuzată dacă efectul terapeutic declarat nu este plauzibil.

TANYA CONSTANTINE/BLEND IMAGES/GETTY

Nici un produs nu a fost încă respins de Agenţia Regatului Unit pentru Normarea Medicamentelor şi a Produselor de Îngrijire Medicală

Teoretic, niciunul dintre produsele neînregistrate până la data de 30 aprilie nu mai poate fi vândut publicului, însă oricare dintre cele aflate pe stocul distribuitorilor poate fi comercializat în continuare, până la epuizarea stocului, ceea ce sugerează că efectul integral al noilor măsuri nu se va face simţit decât anul viitor sau chiar mai târziu.

Legislaţia pune la dispoziţia solicitanţilor un procedeu simplificat de înregistrare în cazul în care aceştia pot demonstra prin documente că produsul în cauză nu este dăunător dacă este folosit în conformitate cu recomandările de pe ambalaj. Pentru a corespunde respectivelor cerinţe, solicitanţii trebuie să demonstreze uzul îndelungat al produsului fără efecte secundare, confirmând folosirea lui în siguranţă pentru cel puţin 30 de ani, dintre care 15 pe teritoriul UE.

Comisia Europeană atrage atenţia asupra faptului că noile regulamente oferă posibilitatea de-a înregistra remedii naturiste chinezeşti sau ayurvedice ori din alte tradiţii fără a mai fi nevoie de experimente, de teste de siguranţă şi de eficienţă. De asemenea, legislaţia nu interzice vitaminele, suplimentele minerale, ceaiurile din plante, terapiile alternative şi homeopate.

Un purtător de cuvânt al United Kingdom's Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency a spus că niciun produs nu a fost încă respins din programul de înregistrare. Alliance for Natural Health (Alianţa pentru Sănătate Naturală) crede, însă, că va fi interzis un număr mare de produse naturiste obţinute conform tradiţiilor non-europene.

Pentru mai multe informaţii, vizitaţi: http://ec.europa.eu/.

New EU rules require all herbal medicines to be registered

Citaţi articolul ca: *BMJ* 2011;342:d2815

Traducere: Alexandra Croitoru

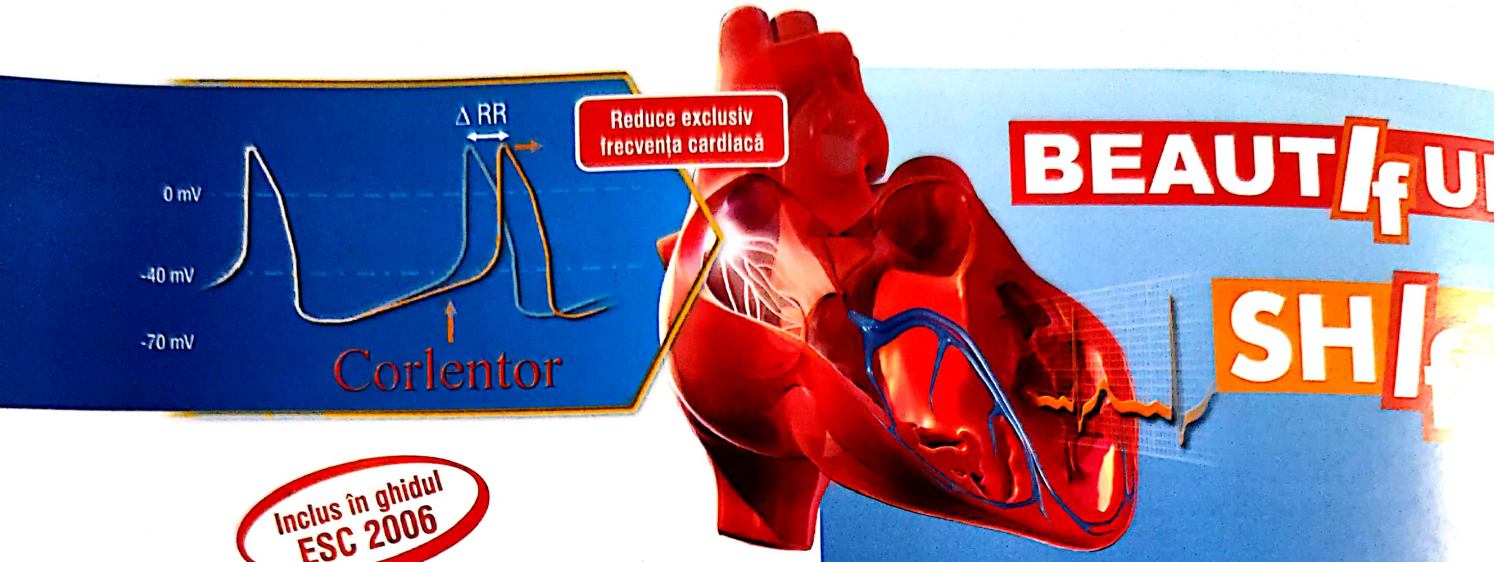
Scanned with OKEN Scanner

Corlentor®

Ivabradină

1 comprimat de două ori pe zi

Primul inhibitor selectiv și specific al curentului I_f



Inclus în ghidul ESC 2006

Denumirea comercială a medicamentului: Corlentor 5 mg comprimate filmate; Corlentor 7,5 mg comprimate filmate. **Compoziţia calitativă şi cantitativă:** Corlentor 5 mg: un comprimat filmat conţine ivabradină 5 mg (echivalent cu clorhidrat de ivabradină 5,390 mg); Corlentor 7,5 mg: un comprimat filmat conţine ivabradină 7,5 mg (echivalent cu clorhidrat de ivabradină 8,085 mg). **Forma farmaceutică:** Comprimate filmate triunghiulare, de culoarea somonului, cu şanţ de divizare pe ambele feţe, gravate pe una dintre feţe cu "7,5", iar pe cealaltă faţă cu semnul ☙. Comprimatul poate fi divizat în două părţi egale. **Indicaţii terapeutice:** Tratamentul simptomatic al anginei pectorale cronice stabile la adulţi cu boală coronariană şi ritm sinusal normal. Ivabradina este indicată la adulţi care au intoleranţă sau contraindicaţie la beta-blocante sau în asociere cu beta-blocante la pacienţi insuficient controlaţi cu o doză optimă de beta-blocant şi a căror frecvenţă cardiacă este > 60 bpm. **Doze şi mod de administrare:** De regulă, doza de iniţiere recomandată este de 5 mg ivabradină de două ori pe zi. După trei-patru săptămâni de tratament, doza poate fi mărită la 7,5 mg ivabradină de două ori pe zi, în funcţie de răspunsul terapeutic. Dacă, în timpul tratamentului, frecvenţa cardiacă scade sub 50 bătăi/minut (bpm) în repaus sau pacientul prezintă simptome asociate bradicardiei, cum sunt: ameţeli, oboseală sau hipotensiune arterială, doza trebuie diminuată treptat, posibil până la 2,5 mg de două ori pe zi (o jumătate de comprimat de 5 mg de două ori pe zi). Tratamentul trebuie întrerupt în cazul în care persistă scăderea frecvenţei cardiace sub 50 bpm sau simptomele de bradicardie. Comprimatele se administrează oral, de două ori pe zi, dimineaţa şi seara, în timpul meselor. **Contraindicaţii:** Hipersensibilitate la substanţa activă sau la oricare dintre excipienţi, frecvenţa cardiacă de repaus mai mică de 60 bătăi/minut înaintea începerii tratamentului, şoc cardiogen, infarct miocardic acut, insuficienţă cardiacă clasa III-IV NYHA, hipotensiune arterială severă (< 90/50 mmHg), insuficienţă hepatică severă, sindromul sinusului bolnav, dependenţă de pacemaker, bloc sino-atrial, angină pectorală instabilă, bloc AV gradul 3, asocierea cu inhibitorii puternici ai citocromului P450 3A4, sarcină, alăptare. **Atenţionări şi precauţii speciale pentru utilizare:** aritmii cardiace, pacienţi cu bloc AV gradul 2, pacienţi cu frecvenţă cardiacă mică. **Sarcina şi alăptarea:** Ivabradina este contraindicată în timpul sarcinii şi alăptării. **Reacţii adverse:** Foarte frecvente: fenomene luminoase (fosfene). Frecvente: vedere înceţoşată, bradicardie, extrasistole ventriculare, bloc AV de gradul I (prelungirea intervalului PQ pe ECG), cefalee, în general în prima lună de tratament, ameţeli, posibil legate de bradicardie. **Proprietăţi farmacodinamice:** Ivabradina este un medicament care scade exclusiv frecvenţa cardiacă şi care acţionează prin inhibarea selectivă şi specifică a curentului If de pacemaker cardiac ce controlează depolarizarea diastolică spontană în nodul sinusal şi reglează frecvenţa cardiacă. Ivabradina scade frecvenţa cardiacă în funcţie de doză, reduce efortul cardiac şi consumul de oxigen miocardic, având eficacitate antiischemică si antianginoasă. **Natura şi conţinutul ambalajului:** Cutii cu blistere tip calendar conţinând 56 comprimate filmate de Corlentor 5 mg; Cutii cu blistere tip calendar conţinând 56 comprimate filmate de Corlentor 7,5 mg. **Deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă:** Les Laboratoires Servier, Franţa. **Data primei autorizări:** 25.10.2005. **Data ultimei revizuiri:** august 2010.

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripţie medicală.
Acest material promoţional este destinat profesioniştilor din domeniul sănătăţii.
Pentru informaţii complete consultaţi rezumatul caracteristicilor produsului.

SERVIER

Servier Pharma
Str. Tipografilor nr. 11-15, sector 1,
S-Park, corp A, etaj 3, Bucureşti
Telefon: 021-5285289; Fax: 021- 5285281
www.servier.ro

Corlentor®

PROTECȚIE cardiovasculară*

- reduce riscul de deces prin insuficiență ca
- reduce spitalizarea pentru insuficiență car
- reduce riscul de infarct miocardic[2]
- reduce nevoia de revascularizare[2]

EFICACITATE anti-ischemică superio

- în monoterapie[4]
- în asociere cu beta-blocante[3]

SIGURANȚĂ în reducerea frecvenței ca

- fără scăderea contractilității miocardice
- fără risc de bradicardie[5]

* studiu experimental

1. K.Swedberg, M.Komajda, et.al, *Lancet* 2010, DOI:10.1016/S0140-6736
2. Fox K et al. *Lancet* 2008;372:807-821, 3. Tardif JC et al. *Eur Heart J.* 200
4. Tardif JC et al. *Eur Heart J.* 2005;26:2529-2536, 5. Tardif JC, Camm
Abstract (No. 85964), 6. Vilaine JP et al. *J Cardiovasc Pharmacol.* 2003;426

* Protecția cardiovasculară a fost dovedită în studiul SHIFT (1) la pacienți cu insuficiență cardiacă și FC ≥ 70 în studiul BEAUTIFUL (2) la pacienți coronarieni cu disfuncție de ventricul stâng, dar nu reprezintă o

Scanned with OKEN Scanner

HO NEW/REUTERS

♦ **bmj.com/podcasts** Ministrul turc al sănătăţii, Recep Akdag (mai sus), vorbeşte despre progresele făcute de ţara sa în domeniul asistenţei medicale

Sistemul de îngrijire medicală în Turcia: de la statutul de codaş la cel de fruntaş

Enis Bariş şi colegii săi observă că indicii de sănătate ai Turciei i-au ajuns din urmă pe cei ai altor ţări cu venituri medii, ba chiar i-au şi depăşit, ca rezultat atât al angajamentului politic faţă de asigurările universale de sănătate cât şi al investiţiilor semnificative în sistem

Cu mai puțin de un deceniu în urmă, sistemul de sănătate turcesc era considerat codaș, comparativ nu numai cu restul sistemelor din cadrul Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD – Organizația pentru Cooperare Economică și Dezvoltare), dar și cu cele ale altor țări situate în fruntea clasamentului statelor cu venituri medii. Exista o discrepanță majoră între realitate și aspirațiile constituționale privind accesul echitabil la servicii de îngrijire medicală pentru toți cetățenii. Sănătatea era un obiectiv important care, însă, nu se regăsea decât foarte rar pe agenda politicienilor. Astăzi, sistemul de sănătate din Turcia a suferit transformări care, chiar dacă încă nu-l situează integral pe același palier de competitivitate cu restul statelor din OCED sau din UE, au reușit să estompeze rapid diferențele în ceea ce privește rezultatele îngrijirii sănătății, receptivitatea față de trebuințele pacienților și finanțarea echitabilă. Descriem în continuare Programul de Reformare a Sănătății (PRS) lansat în 2003, analizăm structura raționamentelor ce au ghidat realizările obținute și arătăm care au fost lecțiile însușite.

Un sistem fără performanţe

Sistemul de sănătate al Turciei era puternic fragmentat, fiind guvernat de două ministere, finanțat și normat de trei programe separate de asigurări de sănătate, toate reglementate de legislația în vigoare. Beneficiarii lui erau toți cetățenii care aveau un loc de muncă, precum și mulți dintre cei liber-profesioniști; exista, însă, o amplă variație în ceea ce privește scopul și valoarea pachetelor de beneficii. Giranții și plățile directe la punctele de lucru erau la ordinea zilei, iar politica asigurărilor cuprindea și programul Cartea Verde, un plan de asigurări pentru reprezentanții păturilor sociale defavorizate, ce acoperea costul îngrijirii spitalicești pentru aproximativ 2,5 milioane de pacienți. Cu totul, planurile de asigurări integrau circa 65% din populație.

În 1998, Turcia a alocat sănătății 3,6% din produsul intern brut, adică aproximativ 295 $ pe cap de locuitor, în condițiile parității puterii de cumpărare de atunci (191 £; 220 €, conform ratelor actuale de schimb). Aproape 40% din totalul cheltuielilor legate de sectorul sanitar erau fie private, fie din buzunarul consumatorilor.[1]

Furnizarea de servicii era și ea considerabil fragmentată. Câteva ministere și planuri de asigurare ofereau sau cumpăraseră diferite pachete de servicii de la furnizori publici ori de la cei privați. În ciuda unui nivel rezonabil de acoperire, majoritatea oamenilor apelau la sectorul particular, căutând să obțină o asistență medicală de calitate, centrată pe pacient. Majoritatea doctorilor au rămas în sectorul public datorită beneficiilor și a remunerațiilor sigure, dar își suplimentau salariile mici acceptând plăți pe-sub-tejghea ori lucrau cu jumătate de normă în cadrul unor unități sanitare private. La ordinea zilei erau absenteismul excesiv, scăderea productivității și a calității tehnice a serviciilor, în special în cazul rețelei de îngrijiri primare, în cadrul căreia pacienții erau trimiși inutil la un consult de specialitate în ambulator. Mai erau și inechitățile din zonele rurale, în special din estul și sud-estul țării, precum și cele legate de accesul la serviciile medicale, datorate deficitului de resurse (dotări, tehnologie, personal medical calificat). Sectorul de sănătate publică și cel al îngrijirilor primare de sănătate erau neglijate, așa cum o atestau speranța de viață scăzută și mortalitatea ridicată în rândul mamelor și al nou-născuților, ambii indicatori având un nivel mult mai slab decât cel înregistrat în alte țări cu venituri medii.[2,3]

Schimbările de natură politică au impulsionat transformarea sistemului

Turcia a păşit în secolul 21 cu convingerea, aproape unanim împărtăşită, că era imperios necesar să-şi îmbunătăţească modul de administrare a sistemului de sănătate, să introducă schemele de asigurări de sănătate pentru toţi utilizatorii sistemului, să extindă şi să optimizeze serviciile şi accesibilitatea lor. Dar după două decenii de conducere a ţării de către diverse coaliţii guvernamentale care nu schimbaseră nimic, nu existau nici structurile de conducere, nici angajamentul politic necesare pentru a duce la bun sfârşit obiectivele propuse. După alegerile din 2002, în contextul marcat de consecinţele unei crize financiare majore, a fost propulsată la putere o nouă majoritate – Partidul Dreptăţii şi al Dezvoltării (Adalet ve Kalkýnma Partisi – AKP). Noul guvern a înţeles atât imperativul transformării radicale a sistemului de sănătate cât şi faptul că îşi va pierde rapid popularitatea dacă nu-şi va respecta promisiunea de a pune statul la dispoziţia cetăţenilor (o schimbare fundamentală în politica Turciei). De asemenea, a realizat că, pentru a menţine calmul în societate şi stabilitatea ţării, este deosebit de importantă reducerea inechităţilor interregionale în privinţa accesului la îngrijirea sănătăţii şi la alte servicii

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 1| Indicatori ai sistemului de sănătate înainte (2000) și după (2008) aplicarea Programului de Reformare a Sănătății în Turcia[1,2,6-9]

Obiectivele și funcționalitatea sistemului de sănătate	2000*	2008†
Ameliorarea sănătății		
Speranța de viață la naștere (ambele sexe, în ani)	70	73
Mortalitatea infantilă (1000 de nou-născuți vii)	38	19.4
Mortalitatea la copiii sub cinci ani (1000 de nou-născuți vii)	44	23
Raportul mortalității maternale (100 000 de nou-născuți vii)	70	19.8
Incidența pojarului (la 100 000 de oameni)	11.1	0.004
Receptivitatea față de trebuințele pacientului (doar sectorul public)		
Satisfacția globală a pacienților (%)	39.5	66.5
În privința îngrijirii medicale primare (%)	41	70.6
În privința asistenței medicale spitalicești din unitățile Ministerului Sănătății (%)	39.4	66.6
Accesul la fonduri‡		
Total cheltuieli pentru sănătate (% PIB)	3.6	5.6
Procentul cheltuielilor legate de sănătate din cheltuielile generale guvernamentale	11.5	16.5
Cheltuielile guvernamentale legate de sănătate pe cap de locuitor (paritatea puterii de cumpărare $ int)	213	461
Procentul cheltuielilor utilizatorilor de servicii medicale din totalul cheltuielilor alocate sănătății	27.6	19.3
Acoperirea asigurărilor de sănătate (%)	66	87
Resursele de îngrijire medicală		
Paturi pentru secțiile de terapie intensivă *per* 100 000	193	232
Doctori *per* 100 000	103.6	158.2
Medici generaliști *per* 100 000	41.1	52.6
Medici de la Ministerul Sănătății care lucrează cu jumătate de normă în sectorul privat (%)	89	25
Distribuția geografică (raportul dintre provinciile bine dotate și cele slab dotate)		
Specialiști	13.7:1	3.5:1
Medici generaliști	8.3:1	2.8:1
Asistente	7.9:1	3.6:1
Tehnologie medicală (nr. de unități)		
Tomografie computerizată	121	329
Rezonanță magnetică	18	200
Paturi terapie intensivă	869	6633
Ambulanțe	618	2029
Paturi terapie intensivă pentru nou-născuți	665	2918
Nr. cabinete de consultație separate pentru medici		
Spitalele Ministerului Sănătății	6643	18 807
Îngrijire primară	6308	16 055
Fumizarea de servicii		
Acoperirea integrală a programelor de vaccinare (%)	78	96
Nașterile în spital (%)	78	92
Media vizitelor medicale pe cap de locuitor/an	2.4	6.3
Internările în regim de urgență /100/an	7.5	13.1
Apelurile la serviciile medicale de urgență	350 000	1.5 mil.

*Populația la jumătatea anului era de 66,4 milioane de locuitori; venitul național brut *per capita* în ceea ce privește paritatea puterii de cumpărare (purchasing power parity – PPP),exprimată în $ int.: 8 730.
† Populația la jumătatea anului era de 73,9 milioane de locuitori; venitul național brut *per capita* (PPP $ int.): 13 770.
‡ Date privitoare la cheltuieli valabile pentru 1998.

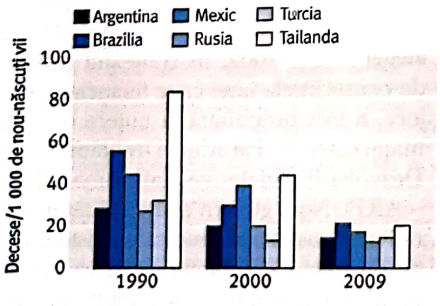


Fig. 1 | Modificarea mortalității infantile – sub cinci ani (al patrulea obiectiv milenar de dezvoltare) între 1990 și 2009[14]

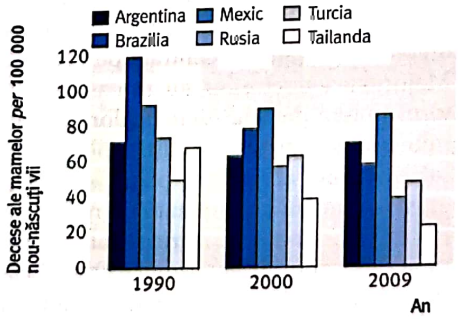


Fig. 2 | Modificarea raportului de mortalitate maternală (al cincilea obiectiv milenar de dezvoltare) între 1990 și 2009[15]

sociale. Mai mult decât atât, noul aparat de stat a trebuit să găsească o rezolvare și situației jenante de a fi veșnic confruntat cu critica internațională vizavi de rata crescută a mortalității infantile și a celei maternale.

"Transformarea sistemului de sănătate", un document eliberat de Ministerul Sănătății în decembrie 2003, cuprindea o evaluare naivă a lipsurilor din structurile existente. Documentul trasa și direcțiile schimbărilor din Programul pentru Transformarea Sănătății: o abordare centrată pe utilizatori, pluralism, separarea puterilor, descentralizare și competitivitate. Obiectivele respective presupuneau o restructurare radicală – de exemplu, redefinirea rolurilor și a responsabilităților Ministerului Sănătății, un fel de "să cârmuim mai mult și să vâslim mai puțin"; separarea sectorului de aprovizionare de cel de finanțare a sistemului de sănătate, în vederea alocării și valorificării mai eficiente a resurselor; introducerea schemelor de asigurări de sănătate cu acoperire universală; creșterea autonomiei administrative și financiare a spitalelor publice, pentru a îmbunătăți nivelul de eficiență tehnică și a întări structurile de conducere; și introducerea medicinei de familie în vederea optimizării serviciilor de îngrijire medicală primară și secundară.

Efectele reformelor sănătății de-a lungul a șapte ani

Tabelul 1 compară sănătatea și rezultatele sistemului de sănătate înainte și după începerea programului de reforme, folosind cadrul de evaluare OMS pentru sistemele de sănătate.[5] Rata mortalității infantile și a celei maternale din secțiile de obstetrică-ginecologie s-a redus și s-au înregistrat progrese atât în privința accesării și utilizării serviciilor de sănătate cât și a gradului de satisfacție a pacienților, în special în legătură cu asistența medicală primară. Tabelul 2 demonstrează o îmbunătățire clară a indicatorilor Turciei în clasamentul celor 16 țări aflate în fruntea listei celor cu venituri medii.

Realizările obținute au fost generate de trei motive. Este vorba, în primul rând, de angajamentul politic la cel mai înalt nivel. Sănătatea a ocupat locul întâi în ierarhia priorităților, iar reformele au fost aplicate fără întârzieri majore în timpul unei perioade de stabilitate politică și de creștere economică susținută. Exemple concrete ale unui atare angajament politic includ frecventa aducere în discuție a sănătății și a sistemului sanitar de către primul ministru, precum și creșterea substanțială a bugetului alocat cheltuielilor legate de sănătate – de la 11,5%, în

Scanned with OKEN Scanner

2000, la 16,5%, în 2008 – în special luând în considerare majorarea rapidă a veniturilor și cheltuielilor guvernului, cu aproximativ 5% în fiecare an. Creșterea în ritm alert a economiei, după criza din 2001, a fost și ea de un real ajutor: în vreme ce cheltuielile totale legate de sănătate au ajuns de la 44 de miliarde de lire turcești (18 miliarde £; 21 de miliarde €; 28 de miliarde $) în 2003, la 61 de miliarde de lire turcești în 2008, deci o majorare cu 40% în termeni reali, procentul lor în produsul intern brut nu s-a majorat decât de la 6,2% la 6,4%. În 2009 a stagnat la 5,7%.[11]

În al doilea rând, Ministerul Sănătății, care avusese, inițial, una din cele mai slabe prestații, și-a asumat un stil de conducere mai asertiv în cadrul sectorului sanitar. Reprezentanții lui eșuaseră de cinci ori, încercând să valideze o nouă lege privitoare la asigurarea universală de sănătate. Alte legi ce fuseseră promulgate au fost fie discreditate de curtea constituțională, fie nu puteau fi aplicate din pricină că lipseau normele necesare pentru reglementarea proceselor ulterioare fazei de promulgare. Ca urmare a suprapunerilor existente între diversele aspecte ale autorității politice și administrative a ministerelor Sănătății, Finanțelor, Muncii și Siguranței Sociale, precum și a guvernelor regionale și orășenești, era neclar cui anume îi revenea responsabilitatea de a stabili politica și planificarea, reglementarea și finanțarea sistemului. În pofida nesfârșitelor conflicte, dispute în materie de autoritate și provocări legislative, Ministerul Sănătății și-a consolidat poziția de reprezentant al sistemului de resort, asumându-și responsabilitatea stabilirii politicilor, a planificărilor, regulamentelor și evaluării. Fondul Național de Asigurări de Sănătate (FNAS), sub autoritatea politică a Ministerului Muncii și al Siguranței Sociale, și-a asumat răspunderea pentru colectarea veniturilor, administrarea resurselor și-a achizițiilor, împărțindu-se, astfel, eficient sectoarele de finanțare și aprovizionare, și punând capăt fragmentării pe verticală a drepturilor garantate prin deschiderea tuturor pachetelor de servicii, acestea devenind accesibile oricui, indiferent de afilierea inițială la diverse alte pachete de asigurare. Oferta de servicii a fost nivelată pe măsură ce atât furnizorii privați cât și cei publici pot acum fi contractați de către FNAS și remunerați pentru serviciile puse la dispoziția cetățenilor.

Al treilea motiv ce a permis îmbunătățirea indicatorilor a fost capacitatea autorităților de-a înțelege că pentru asigurarea unei performanțe mai bune este necesară existența unor sisteme eficiente de acordare a bonusurilor și beneficiilor financiare sau non-financiare pentru angajați. Introducerea medicinei de familie și a sistemului de plată proporțional cu numărul pacienților consultați a crescut veniturile medicilor generaliști și ale asistentelor din sectorul de îngrijiri primare. În mod similar, un sistem de remunerare suplimentară bazat pe performanță, adoptat în spitalele publice, a adus o reducere considerabilă a serviciilor cu jumătate de normă în sectorul privat și o creștere de la trei până la cinci ori a veniturilor specialiștilor. Noul sistem de remunerare, care încurajează lucrul în echipă și sentimentul de autonomie locală a unităților de îngrijire medicală, a avut ca rezultat investiții substanțiale în tehnologie, în infrastructură și dotări, precum și o creștere a productivității. Absenteismul a scăzut, iar solicitarea serviciilor medicale ambulatorii și spitalicești s-a dublat față de anii precedenți, în principal din cauză că mai mulți doctori au preferat să lucreze cu

Pachetul de asigurări Cartea Verde acoperă costurile implicate de spitalizare pentru circa 2,5 milioane de persoane defavorizate

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 2| Speranţa de viaţă, cheltuielile legate de sănătate şi dezvoltarea globală a economiei şi a factorului uman în Turcia, comparativ cu cea mai mare valoare din alte 16 ţări cu un nivel ridicat al venitului mediu înainte (2000) şi după aplicarea Programului de Reformare a Sănătăţii*[10]

Indicatorii principali	2000		Cea mai recentă valoare†		Clasarea Turciei		
	Turcia	Cea mai mare valoare	Turcia	Cea mai mare valoare	2000	Cea mai recentă valoare	Schimbare
Speranţa de viaţă la naştere (ani) pentru ambele sexe	70	77	73	78	12	8	+4
Valoarea totală a cheltuielilor legate de sănătate, exprimată ca procent din PIB	3.6‡	9.3‡	5.6	10.1	16	12	+4
Procentul de fonduri alocate sănătăţii din totalul cheltuielilor generale guvernamentale	11.5‡	19.6‡	16.5	17	6	2	+4
Cheltuielile guvernamentale legate de sănătate pe cap de locuitor (paritatea puterii de cumpărare $ int)	213‡	594‡	461	869	12	5	+7
Venitul naţional brut pe cap de locuitor (paritatea puterii de cumpărare $ int)	8 720‡	10 580‡	12 970	17 840	6	6	0
Indicele dezvoltării umane	0.76	0.85	0.81	0.88	12	12	0
Indicele Gini	41.5	60.7	43.2	58.5	7	10	-3

*Argentina, Brazilia, Bulgaria, Chile, Columbia, Croaţia, Malaezia, Mexic, Polonia, România, Federaţia Rusă, Serbia
†Cele mai recente date de după anul 2006
‡Date privitoare la cheltuieli valabile pentru 1998 în loc de anul 2000

normă întreagă în spitalele de stat (tabelul 1).

Lecţii şi împliniri

În Turcia, sănătatea pentru toţi nu mai este doar o aspiraţie. Asigurările universale de sănătate sunt accesibile tuturor, urmare a angajamentului politic. Astăzi, cheltuielile critice pentru îngrijirea sănătăţii sărăcesc doar 0,4 % din populaţia turcă.[7]

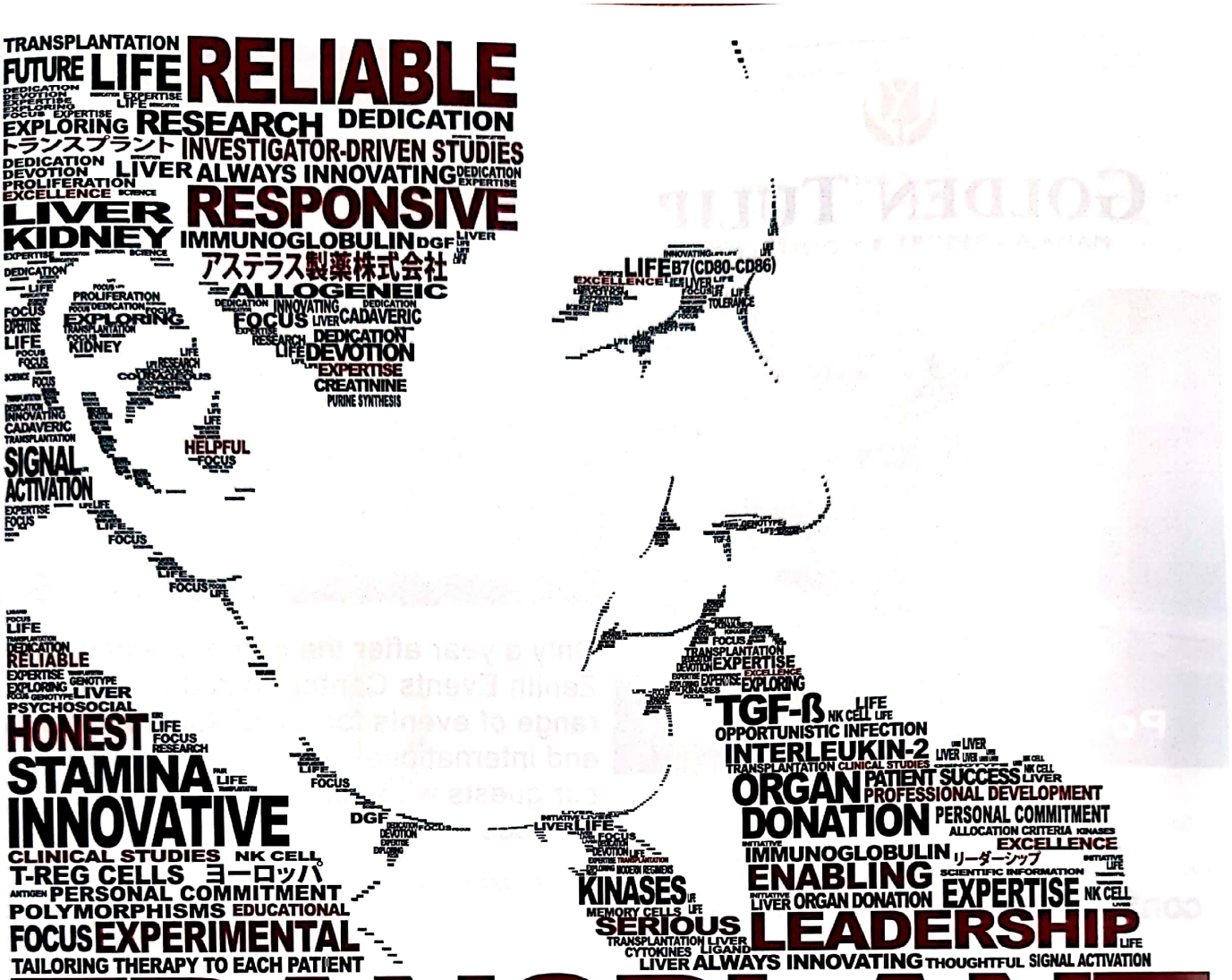
La fel de importantă este şi încrederea la nivel internaţional în faptul că investiţiile din sistemul sanitar fac posibilă şi reală îmbunătăţirea rezultatelor sectorului de sănătate într-un timp atât de scurt. Referirile la Turcia o dau de exemplu ca pe o poveste de succes, nu ca pe un sistem relativ neperformant, care şi-a îmbunătăţit indicatorii de sănătate într-un ritm şi la un nivel aproape fără egal în restul statelor cu venituri medii,[8, 9] chiar şi în cazul obiectivelor milenare de dezvoltare, pe care le-a atins cu mult înainte de termenul limită fixat în 2015 (figurile 1 şi 2).[13, 15]

Recenta experienţă a Turciei oferă cel puţin trei lecţii-cheie din care au ce învăţa şi alte ţări din eşalonul celor cu cele mai mari venituri medii. Unul dintre învăţămintele evidente îl constituie imperativul investirii în sistemele de sănătate.[16, 17] Dintre statele membre ale OCED, Turcia alocă investiţiilor cel mai mare procent din bugetul destinat sistemului public de sănătate, aproximativ 7,7%, comparativ cu media ţărilor din OCED, de 4,2%.[18] Bugetul destinat expansiunii serviciilor de îngrijire medicală primară şi de prevenţie şi în zonele mai puţin privilegiate din acest punct de vedere a crescut şi el cu 58% în termeni reali. Linia de urgenţă 112 este acum pusă la dispoziţie atât în regiunile urbane cât şi în cele rurale. Şaptesprezece ambulanţe aeriene sunt alocate în prezent deservirii zonelor izolate, pentru a transporta femei însărcinate şi copii bolnavi în unităţi medicale mai bine echipate din oraşe.[6] Au fost recrutaţi încă 111 000 de angajaţi. Forţa de muncă în sistemul de sănătate este acum mai echilibrat distribuită pe zone geografice,[6] fapt ce a dus la reducerea inechităţilor legate de accesul oamenilor mai puţin privilegiaţi la serviciile medicale. Proporţiile urban/rural şi bogaţi/săraci sunt acum de 1:1 atât pentru asistenţenţa la naştere de către personalul medical calificat cât şi pentru vaccinarea antirujeolică (tabelul 1).[6]

O a doua lecţie, mai puţin evidentă, arată cât de importantă este încurajarea cererii de servicii medicale esenţiale prin estomparea barierelor socioculturale şi oferirea de stimulente financiare. Femeile însărcinate care locuiesc în zone izolate primesc cazare gratuită în oraşe timp de până la o lună înainte de naştere. De când a început programul de reformare, în octombrie 2008, aproximativ 7 000 de gravide au beneficiat de îngrijire gratuită prenatală. În 2004, Turcia a introdus un sistem de transfer de lichidităţi condiţionat, în valoare de circa 17 lire turceşti/lună pentru mame, menit să încurajeze femeile însărcinate, mamele şi copiii lor să facă vizite medicale regulate, ce implică acordarea a încă 55 de lire turceşti pentru gravidele care nasc în spitalele de stat.[6] Ca urmare, procentul femeilor care au făcut cel puţin patru consulturi prenatale a crescut de la 53,9%, în 2003, la 73,7%, în 2008, iar procentul naşterilor asistate de personal medical calificat s-a majorat, în aceeaşi perioadă, de la 83% la 91,3%. Tot în 2008, arealul de vaccinare a populaţiei împotriva pojarului s-a majorat de la 82%, cât era în 2002, la 96%. Astfel, în 2008 au fost înregistrate doar patru cazuri de pojar faţă de 30 509 în 2001.[6]

A treia lecţie este importanţa viziunii şi a structurilor ferme de conducere capabile să stabilească valori şi principii după care să se ghideze întreaga reformă, precum şi hotărârea clară de-a urmări respectivele norme în procesul transpunerii lor în practică. Schimbarea perspectivei asupra utilizatorului de servicii medicale a plasat pacientul sau cetăţeanul la temelia tuturor obiectivelor politice şi a evaluării performanţelor. Receptivitatea faţă de trebuinţele şi preferinţele pacienţilor, precum şi satisfacţia acestora, menţionarea, monitorizarea şi evaluarea lor permanentă sunt subiecte predilecte în documentele şi rapoartele ce reflectă politica sistemului de sănătate, ca şi în discursurile publice, ele fiind introduse ca repere în diverse pachete de remunerare suplimentară în funcţie de performanţă şi cuantificate cu regularitate prin sondaje ce vizează mulţumirea pacientului.[4, 19] La ora actuală, satisfacţia populaţiei a atins nivelul cel mai înalt, 67%, de când a început sondarea regulată a opiniilor beneficiarilor serviciilor de asistenţă medicală, a căror utilizare a ajuns, de asemenea, la o intensitate fără precedent (tabelul 1).[8, 19]

În fine, s-au făcut investiţii considerabile pentru a îmbunătăţi promptitudinea obţinerii datelor şi calitatea lor, iar în completare au fost efectuate sondaje sociologice şi de urmărire a opiniilor utilizatorilor. Un studiu naţional privind mortalitatea maternală în 2006 a relevat dispariţia decalajelor uriaşe, existente anterior, între indicatorii naţionali şi cei internaţionali, fixând şi standardul după care vor fi evaluate progresele ulterioare. În prezent sunt investigate, uneori de către ministrul sănătăţii însuşi, toate decesele maternale; acest demers vizează atât identificarea cauzei morţii cât şi luarea tuturor măsurilor ce se impun pentru



TRANSPLANT

În dumneavoastră, vedem viitorul terapiei de transplant

Viitorul în terapia de transplant a fost mereu alimentat de eforturile individuale şi de experienţa colectivă.

Astellas Transplant caută întotdeauna să îşi perfecţioneze cunoştinţele despre transplant.

Noi mereu privim înainte provocările care ni se arată şi ne străduim să lucrăm într-un parteneriat cu dumneavoastră pentru a contribui la viitorul transplantului.

Ţelul nostru este de a vă sprijinii să îmbunătăţiţi calitatea vieţii pacienţilor dumneavoastră - astăzi şi mâine.

Fie că este vorba despre piatra de temelie a tratamentelor noastre, compuşii inovatori aflaţi în dezvoltare, sau suportul nostru continuu pentru activitatea de transplant, studiile clinice, noi suntem într-o permanentă căutare să răspundem şi să anticipăm nevoile dumneavoastră şi ale pacienţilor dumneavoastră.

Împreună, putem contribui la viitorul transplantului.

astellas | TRANSPLANT

PROGRES ÎN TRANSPLANT - ÎMPREUNĂ

Scanned with OKEN Scanner

GOLDEN TULIP

MAMAIA - RESORT & CONFERENCE

Powered by Attitude

Zenith Business Center
conference, events & banqueting

Zenith Event Center is the state-of-the art conference and events venue on the Romania Riviera, fully equipped with up to date multimedia technology, including simultaneous translation system. The Space of over 1000 sqm is the most versatile venue you can find and with the professional specialized furniture it can be set up and adapted to absolutely any kind of request.

International standards, *local flavours*

Only a year after the grand opening, the Zenith Events Center hosted a wide range of events for a multitude of local and international companies, providing our guests with our best support and services.

Golden Tulip Mamaia Hotel

Golden Tulip Mamaia Hotel, located in the northern part of Mamaia resort, only few meters away from beach, offers the perfect harmony between leisure and business.

www.zenitheventscenter.ro
conference@goldentulipmamaia.com
+40 372 418 499

Scanned with OKEN Scanner

corectarea situației. Inspecțiile *in situ* au devenit proceduri de rutină, deplasările efectuate până acum de ministru și de coordonatorii săi teritoriali, în toate cele 81 de provincii ale țării, chiar de mai multe ori pe an, depășind 600 000 km.[6]

Planuri neterminate

Fără dezvoltarea concomitentă a factorului uman și fără creșterea egalității șanselor, sistemele sanitare nu pot face mai mult de unele singure pentru ameliorarea sănătății. Acest lucru este adevărat în special în Turcia, unde decalajele dintre venituri constituie un fenomen din ce în ce mai accentuat, iar alfabetizarea nu este încă universală (tabelul 2). Cota scăzută a implicării populației feminine în procesul educațional și pe piața muncii adâncește prăpastia existentă între cele două sexe.[20] Fără să luăm în seamă diferențele socioeconomice, cuantumul bolilor netransmisibile crește din pricina stilului de viață nesănătos: turcii încă fumează mult și, odată cu urbanizarea tot mai multor regiuni ale țării, oamenii practică din ce în ce mai rar activități fizice și sunt, tot mai des, candidați la obezitate. Procesul rapid de îmbătrânire a populației, mai pregnant în vestul Turciei, determină atât utilizarea mai frecventă a serviciilor de îngrijire a sănătății, care au devenit mai ușor accesibile, cât și solicitarea mai intensă a unei asistențe medicale mai prietenoase și de mai bună calitate.

Într-un atare context, sistemul sanitar actual, mult îmbunătățit, trebuie să țină pasul, permanent, cu dinamica intensă a trebuințelor specifice implicate de sănătate și de îngrijirea ei. Drept urmare, nu se mai pune atât de mult accentul pe latura structurală, ci pe cea programatică, așa cum o atestă, de pildă, includerea problematicii sănătății în toate celelalte programe politice, în special în cele ce vizează indicatorii legați de mediu și de comportament; înființarea serviciilor ambulatorii și la domiciliu de îngrijiri primare destinate prevenirii bolilor și încurajării demersurilor privitoare la dezvoltarea sănătății; precum și îmbunătățirea cunoștințelor publicului larg cu privire la comportamentele și stilurile de viață sănătoase.[8]

Concluzii

În doar șapte ani, Programul Turciei de Reformare a Sănătății a reușit să asigure întregii populații accesul la serviciile medicale esențiale și să îmbunătățească semnificativ rezultatele sistemului de sănătate. Marea provocare este acum dirijarea actualului sistem, mult mai complex, în direcția potrivită și adaptarea lui atât la preferințele și trebuințele cetățenilor, ce devin din ce în ce mai solicitante, cât și la structura guvernamentală pluralistă și democratică, augmentând, în același timp, eficiența și sustenabilitatea financiară. Sunt provocări cărora trebuie să le facă față, în prezent, toate celelalte țări din OCED și din UE.[9]

Enis Barış director, Division of Country Health Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark
Salih Mollahaliloglu, head, School of Public Health, Ministry of Health, Turkey
Sabahattin Aydin deputy undersecretary, Ministry of Health, Turkey
Corespondența la: E Bariş, The World Bank, Room H9-271, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA ebaris@worldbank.org

Mulțumim ministrului sănătății, Recep Akdag, și lui Nihat Tosun, subsecretar al sănătății, pentru încurajarea și pentru sprijinul lor, dar și lui Francesca Seneca și lui Mary Stewart Burgher, de la OMS, pentru ajutorul acordat cu privire la editarea și compilarea datelor.

Colaboratori și surse: Articolul de față atrage atenția asupra implicării considerabile a autorului în Programul de Reformare a Sănătății, din faza conceptuală și până la cea de aplicare, prin asistența tehnică externă, acordată în timpul realizării PRS; SM și SA au fost direct implicați atât în faza conceptuală a programului cât și în cea de transpunere a lui în practică. În momentul redactării articolului, EB era Director al Division of Country Health Systems, WHO Regional Office for Europe, iar în prezent lucrează la Banca Mondială; SA avea funcția de subsecretar adjunct la Ministerul Sănătății, Turcia, iar actualmente este președintele Universității Medipol din Istanbul. EB a pregătit prima variantă a lucrării. SM și SA au contribuit la forma ei finală. EB este garantul.

Conflicte de interese: Niciunul de declarat.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol comandat, cu evaluare externă.

The rule of ignorance: a polemic on medicine, English health service policy, and history
Citați articolul ca: *BMJ* 2011;342:d997

Traducere: Alexandra Croitoru

1 Serdar Savas B, Karahan O, Ömer Saka R. Healthcare systems in transition—Turkey. European Observatory on Health Care Systems, 2002. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/96415/e79838.pdf.
2 World Bank.Turkey: reforming the health sector for improved access and efficiency. Vol. 1, 2. World Bank, 2003.
3 World Bank.Turkey: health transition project. Vol. 1, 2. World Bank, 2004.
4 Health Transformation Program. Ministry of Health, 2003.
5 Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* 2000;78:717-31.
6 Akda R. Health Transformation Program in Turkey. Progress report. January 2009. Ministry of Health, 2009. www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/TurkeySPDEng.pdf.
7 Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. *Health Policy* 2010;94:26-33.
8 World Health Organization. The European health report 2009: health and health systems. WHO Regional Office for Europe, 2010. www.euro.who.int/Information Sources/Publications/Catalogue/20091218_1.
9 OECD, World Bank. OECD reviews of health systems: Turkey. OECD, 2008.
10 World Health Organization. World health statistics 2009. WHO, 2009. www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html.
11 OECD. Health at a glance 2009. OECD, 2009. www.oecd.org/ health/healthataglance.
12 Garrett L, Chowdhury AM, Pablos-Méndez A. All for universal health coverage. *Lancet* 2009;374:1888.
13 Hacettepe University Institute of Population Studies. 2008 Turkey demographic and health survey TDHS-2008. Hacettepe University Institute of Population Studies, 2009. www.hips.hacettepe.edu.tr/eng/tdhs08/index.shtml.
14 UNICEF. Levels and trends in child mortality, report 2010. Estimates Developed by the UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. Unicef, 2010.
15 World Health Organization, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, Unicef, UNFPA and the World Bank. WHO, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf.
16 World Health Organization. Health and the millennium development goals 2005: keep the promise. WHO, 2005.
17 Travis P, Bennett S, Haines A, Pang T, Bhutta Z, Hyder AA, et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet* 2004;364:900-6.
18 Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD health data 2007. OECD, 2007.
19 World Bank. Implementation completion and results report. Turkey Health Transition Project. World Bank, 2010.
20 World Bank. Turkey: Expanding opportunities for the next generation; a report on life chances. Report No 48627-TR. World Bank, 2010.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Noutăţi medicale

Rubrică realizată de:

Prof. Dr. Mircea Cinteză, Dr. Ştefania Magda

Contribuţie locală

Craniectomia decompresivă în leziunile cerebrale posttraumatice difuze (*N Engl J Med* 2011;364:1493-502)

Dintre pacienţii spitalizaţi cu leziuni cerebrale posttraumatice severe, 60% mor sau supravieţuiesc cu dizabilităţi importante. Costurile necesare investigării şi tratamentului unei asemenea categorii de bolnavi ajung la circa un miliard de dolari, în Australia, şi la 60 de miliarde $, în SUA. Scopul primar al terapiei posttraumatice constă în reducerea leziunilor cerebrale secundare, prototip fiind hipertensiunea intracraniană (HTIC), provocată de edemul cerebral. Puţine studii randomizate au monitorizat presiunea intracraniană conform recomandării ghidurilor internaţionale. Terapiile de primă intenţie vizează controlul acestei presiuni. Există, însă, mulţi pacienţi cu leziuni cerebrale traumatice şi cu HTIC refractară la astfel de tratamente, pentru care se utilizează, din ce în ce mai frecvent, craniectomia chirugicală decompresivă.

Studiul prezentat, multicentric, randomizat (DECRA – Decompressive Craniectomy) şi-a propus să testeze eficacitatea craniectomiei decompresive bifrontotemporoparietale, la adulţi cu vârsta sub 60 de ani şi cu leziuni cerebrale traumatice, în cazul cărora terapiile clasice nu au reuşit să scadă HTIC.

Studiul a inclus, în perioada 2002-2010, 155 de subiecţi cu leziuni cerebrale traumatice severe, difuze, şi cu HTIC refractară la tratamentele de primă intenţie, randomizaţi fie către craniectomie decompresivă, fie către abordarea standard. Obiectivul primar a fost evoluţia nefavorabilă (obiectiv compus din: deces, stare vegetativă, dizabilitate severă), evaluată pe scala Glasgow extinsă la şase luni.

În grupul cu craniectomie, pacienţii au avut perioade mai scurte de HTIC (P<0,001), mai puţine intervenţii pentru reducerea HTIC (P<0,02) şi au stat un timp mai scurt în terapie intensivă (TI) (P<0,001); ei au prezentat, însă, scoruri pe scala Glasgow extinsă mai defavorabile decât cei din lotul cu terapie standard (P = 0,03) şi au avut un risc mai accentuat de evenimente nefavorabile (P = 0,02). Ratele de deces la şase luni au fost similare în cele două loturi (19%, în grupul cu craniectomie *vs* 18%, în cel cu tratament standard).

În concluzie, la pacienţii cu HTIC în contextul unor leziuni cerebrale posttraumatice difuze, severe, craniectomia decompresivă bifrontotemporoparietală precoce a redus presiunea intrcraniană şi durata spitalizării în TI. Intervenţia s-a asociat, însă, cu un prognostic nefavorabil la distanţă.

Triiodotironina – marker de prognostic în insuficienţa cardiacă (*Eur J Endocrinol* 2011;164(6):937-42)

Alterarea statusului hormonal tiroidian poate avea un impact semnificativ asupra sistemului cardiovascular. Studiile experimentale ale metabolismului tiroidian, la pacienţii cu insuficienţă cardiacă (IC) au relevat, la nivel de histologie miocitară şi de expresie genică, anomalii ce afectează funcţia sistolică şi pe cea diastolică. Ipoteza este susţinută de studiile clinice, în care s-a constatat corelarea nivelurilor plasmatice ale triiodotironinei cu o serie de markeri de prognostic în IC.

Într-un studiu prospectiv în care s-au dozat T3, T4, TSH, NTproBNP şi alţi parametri cardiaci au fost înrolaţi 133 de subiecţi cu IC cronică (85,7% bărbaţi, vârsta medie 63 de ani). Rezultatele arată că persoanele cu niveluri serice de T3 mai mici prezentau forme mai severe de IC, o capacitate funcţională mai redusă (OR=0,996; CI 95% 0,993–0,999, P=0,008) şi concentraţii mai mari de NTproBNP (P=0,003) şi de adiponectină (P=0,004).

Datele obţinute subliniază importanţa monitorizării bolnavilor cu IC şi pun în evidenţă o posibilă opţiune terapeutică în insuficienţa cardiacă. Administrarea triiodotironinei în cazuri selecţionate de pacienţi cu IC le-ar putea ameliora prognosticul.

Studiul disfuncţiei diastolice în artrita reumatoidă. Corelaţii cu activitatea bolii (*International Journal of Rheumatic Diseases* 2011;14:18–30)

Artrita reumatoidă (PAR) este o boală inflamatorie, cronică, sistemică, de cauză necunoscută, ce implică articulaţiile, dar poate avea şi afectare extraarticulară. Se asociază cu o creştere a mortalităţii şi morbidităţii cardiovasculare, prin accelerarea fenomenelor de ateroscleroză cerebrală şi coronariană. Rata deceselor în rândul pacienţilor cu PAR este de 1,5–1,6 ori mai mare decât în populaţia generală.

Studiul prezentat şi-a propus să evalueze difuncţia diastolică de ventricul stâng (DDVS) la subiecţii cu PAR, fără manifestări clinice cardiovasculare, şi să cuantifice asocierea dintre severitatea PAR şi DDVS. Au fost incluşi 53 de pacienţi cu PAR (47 de femei), fără boală cardiovasculară documentată, şi tot atâţia subiecţi sănătoşi, de aceeaşi vârstă şi acelaşi sex. Ambele loturi au fost evaluate prin ecocardiografie standard şi prin Tissue Doppler (TDI). Au fost determinate: dimensiunile telediastolice şi cele telesistolice ale septului interventricular, ale peretelui posterior şi ale cavităţii VS, fracţia de ejecţie a VS (FEVS), diametrul atriului stâng (AS), rădăcina aortei, undele E şi A din profilul de umplere mitral, timpul de decelerare al undei E (tdE), raportul E/A, timpul de relaxare izovolumică al VS (IVRT), unda E' în TDI la inelul mitral, raportul E/E' şi gradientul VD-AD. Dintre cele 17 variabile ecocardiografice evaluate, doar două au avut valori anormale. Între cele două loturi nu s-au înregistrat nici diferenţe semnificative în ceea ce priveşte parametrii specifici de funcţie diastolică, nici vreo corelaţie semnificativă statistic între funcţia diastolică şi valorile scorului de activitate a bolii (DAS 28- Disease Activity Score 28). Viteza undei A a fost mai mare în lotul cu PAR decât în cel de control (P<0,04), dar IVRT, raportul E/A şi E/E' au fost similare în cele două grupuri.

În concluzie, DDVS nu are, la pacienţii cu PAR, o prevalenţă mai mare decât la persoanele neafectate şi nici nu se corelează cu severitatea bolii sau cu durata ei.

Scanned with OKEN Scanner

Analiza longitudinală a somnului corelată cu IMC şi cu ţesutul adipos, la copii: studiul FLAME

Philippa J Carter,[1] Barry J Taylor,[1] Sheila M Williams,[2] Rachael W Taylor[3]

EDITORIAL de Cappucio şi Miller
SINTEZE CLINICE p. 320

[1]Department of Women's and Children's Health, University of Otago, Dunedin, New Zealand
[2]Department of Preventive and Social Medicine, University of Otago
[3]Edgar National Centre for Diabetes and Obesity Research, Department of Medical and Surgical Sciences, University of Otago
Corespondenţa la: R Taylor, Department of Human Nutrition, PO Box 56, Dunedin 9054, New Zealand
rachael.taylor@otago.ac.nz

Longitudinal analysis of sleep in relation to BMI and body fat in children: the FLAME study

Citaţi articolul ca:
***BMJ* 2011;342:d2712**
doi:10.1136/bmj.d2712

ÎNTREBAREA STUDIULUI: Se poate afirma că, la copii, durata somnului se asociază cu IMC şi cu compoziţia corporală după ajustarea pentru factori de confuzie multipli?

RĂSPUNSUL PE SCURT: Copiii care dorm mai puţin când sunt mici au şanse mai mari de a fi supraponderali când cresc, având valori ridicate ale ţesutului adipos chiar şi după ajustarea altor factori legaţi de stilul de viaţă, ce influenţează şi ei greutatea. După reglarea pentru factorii de confuzie, asocierea inversă dintre durata somnului şi IMC nu a fost, însă, semnificativă.

CE SE ŞTIE ÎN PREZENT ŞI CE ADUCE NOU ARTICOLUL DE FAŢĂ: Nu este bine înţeles modul în care somnul afectează distribuţia ţesuturilor în timpul creşterii. Prezentul studiu demonstrează că asocierea nocivă dintre durata scurtă a somnului şi valorile ulterioare ale IMC şi ale ţesutului adipos rămâne strânsă chiar şi după ajustarea pentru factori de confuzie multipli.

Participanţi şi condiţii de desfăşurare

Două sute patruzeci şi patru de copii recrutaţi dintr-un grup de naşteri (rata de participare de 59%), urmăriţi de la vârsta de trei până la şapte ani, în Dunedin, Noua Zeelandă. Monitorizarea lor a fost bună, 83% dintre subiecţi fiind evaluaţi la vârsta de şapte ani.

Proiectarea, dimensiunea şi durata studiului

Este vorba de un studiu longitudinal, ce a implicat măsurători anuale ale compoziţiei corporale prin antropometrie, evaluarea absorbţiei razelor X şi cuantificarea impedanţei bioelectrice. Estimările duratei somnului (ore de somn/zi) şi ale activităţii fizice au fost obţinute folosind accelerometrul în zile diferite, la vârstele de trei, patru şi cinci ani. Dieta (alimente neesenţiale, fructe şi legume) şi perioada dedicată activităţilor sedentare (urmăritul programelor la televizor, de exemplu) au fost evaluate cu ajutorul unor chestionare aplicate la trei, patru şi cinci ani. La prima vizită au fost prelevate şi date referitoare la alţi factori: greutatea la naştere, fumatul în perioada sarcinii, etnia, venitul familial, educaţia şi IMC-ul mamei. Toate informaţiile obţinute au fost incluse în modelele de analiză multivariată.

Principalele rezultate şi rolul întâmplării

Durata medie a somnului a fost de 11 ore/zi la vârstele de trei, patru şi cinci ani. În analiza univariată, IMC la vârsta de trei ani, educaţia maternă, IMC-ul matern, etnia, fumatul în timpul sarcinii şi somnul au fost semnificativ asociate cu IMC la vârsta de şapte ani. Nu au existat corelări semnificative cu sexul, activitatea fizică, privitul la televizor şi regimul

MODIFICAREA (INTERVAL DE ÎNCREDERE 95%) IMC SAU A INDICELUI DE GRĂSIME CORPORALĂ LA COPIII DE ŞAPTE ANI, ASOCIATĂ CU O MODIFICARE DE O UNITATE A FIECĂREI VARIABILE INDEPENDENTE

Variabilă independentă	IMC	Indice de grăsime corporală
Sex (masculin)	−0.75 (−1.08 –−0.44)*	−0.36 (−0.83 – 0.12)
Educaţia maternă (nivel înalt)	−0.17 (−0.53 – 0.18)	−0.61 (−1.03 – −0.18)*
IMC matern	0.03 (0.00 – 0.06)*	−0.00 (−0.04 – 0.03)
Activitatea fizică (1 **DS (nr. observaţii/min)	0.12 (−0.11 – 0.34)	−0.12 (−0.39 −0.15)
Privit la TV (ore/zi)	0.01 (−0.21 – 0.22)	0.13 (−0.14 – 0.40)
Consum fructe/legume (porţii/zi)	−0.03 (−0.15 −0.09)	0.01 (−0.14 – 0.16)
Aportul de alimente neesenţiale (porţii/zi)	−0.00 (−0.15 −0.15)	−0.09 (−0.27 – 0.09)
Somn (ore/zi)	−0.39 (−0.72 –−0.06)*	−0.48 (−0.86 – −0.10)*

*P<0.05; **DS=deviaţie standard

alimentar. O diferență de o oră a duratei somnului în intervalul de vârstă trei–cinci ani este asociată cu o scădere a IMC-ului de 0,56 (de la 0,07 până la 1,06) la vârsta de șapte ani. Ajustarea pentru factorii de confuzie, inclusiv IMC la vârsta de trei ani, a redus estimarea la –0,39 (de la –0,73 până la –0,06). O atare diferență a IMC se explică prin scăderi echivalente ale indicelui de grăsime corporală (–0,48, de la –0,86 până la –0,10). Diferența rezultată în indicele de țesut non-gras a fost de –0,11 (de la –0,29 până la –0,07). De asemenea, fiecare oră de somn suplimentar a redus riscul supraponderalității (IMC>a 85-a centilă) cu 61% (de la 37% până la 76%) la vârsta de șapte ani.

Erori sistematice, factori de confuzie și alte motive de precauție

Copiii mici care dorm mai puțin au șanse mai mari de a fi supraponderali, având un procent ridicat de grăsime coporală, chiar și după corectarea celorlalte variabile din modul de viață ce pot influența greutatea. Deși relația temporală dintre somn și greutatea corporală ulterioară sugerează o relație cauzală, e posibil ca unele surse de confuzie neobservate sau necunoscute să nu fi fost luate în calcul, după cum se întâmplă de obicei în studiile desfășurate într-un mediu necontrolat.

Potențialul de generalizare la alte populații

Analizele noastre au fost făcute majoritar în cadrul unei populații caucaziene cu o prevalență crescută a obezității. Orele de somn înregistrate par a se potrivi cu celelalte evaluări din literatura de specialitate pentru aceeași vârstă. Nu există niciun motiv să nu credem că rezultatele noastre nu se pot aplica unor populații similare.

Finanțarea studiului/potențiale conflicte de interese

Prezentul studiu a fost finanțat de Universitatea din Otago, Child Health Research Foundation (Fundația pentru Studiul Sănătății Copilului), Heart Foundation (Fundația Inimii) din Noua Zeelandă și Dean's Bequest-AAW Jones Trust.

Traducere: Dr. Mădălina Geantă

Intervenția chirurgicală cu protezare discală *versus* recuperarea medicală, la pacienții cu durere lombară joasă și degenerescență discală: studiu randomizat, cu supraveghere pe doi ani

Christian Hellum,[1] Lars Gunnar Johnsen,[2,3] Kjersti Storheim,[4-6] Øystein P Nygaard,[2] Jens Ivar Brox,[1] Ivar Rossvoll,[2,3] Magne Rø,[7] Leiv Sandvik,[8] Oliver Grundnes[5] și Norwegian Spine Study Group

Editorial de Fairbank

[1]Department of Orthopaedics, Oslo University Hospital and University of Oslo, Kirkevn 166, 0407 Oslo, Norway
[2]National Centre for Diseases of the Spine, University Hospital of Trondheim, 7030 Trondheim
[3]Orthopaedic Department, University Hospital of Trondheim, 7030 Trondheim
[4]Norwegian Research Centre for Active Rehabilitation (NAR), Department of Orthopaedics, Oslo University Hospital, Kirkevn 166, 0407 Oslo
[5]Hjelp24, Nimi, Oslo Sognsveien 75 D, 0855 Oslo
[6]Faculty of Medicine, Norwegian University of Science and

ÎNTREBAREA STUDIULUI: Este intervenția chirurgicală cu protezare discală la fel de eficientă ca recuperarea medicală pentru pacienții cu durere lombară joasă și degenerescență discală?

RĂSPUNSUL PE SCURT: Starea pacienților cărora li s-a pus cu proteză de disc s-a îmbunătățit într-o măsură mai mare în privința variabilei primare (dizabilitate și durere) decât cea a subiecților tratați prin recuperare medicală, dar ameliorarea obținută nu a depășit clar diferența minimă importantă clinic, specificată dinainte.

CE SE ȘTIE ÎN PREZENT ȘI CE ADUCE NOU ARTICOLUL DE FAȚĂ: Fuziunea spinală și protezarea discală au rezultate clinice similare. În studiul de față, rezultatele au fost mai bune după intervenția chirurgicală cu protezare decât după recuperarea medicală, deși ambele grupuri s-au ameliorat, iar operația are riscuri suplimentare.

Protocol de studiu

Trial randomizat (în blocuri) și alocare generată cu ajutorul computerului. Recuperarea medicală a inclus o abordare cognitivă și exerciții fizice sub supraveghere, timp de 12–15 zile. Intervenția chirurgicală a cuprins înlocuirea discului (discurilor) intervertebral(e) lombar(e) cu un disc artificial (ProDisc II).

Scanned with OKEN Scanner

Lundbeck Cipralex® escitalopram

- Acțiune Serotoninică Dual
- Eficacitate sporită în depresie și anxietate
- Acțiune mai rapidă
- Tolerabilitate excelentă

CX 1 / 02.2011

Referințe: Kennedy et al Current Med. Res & Opin 2009 · Lam et al. Int Clin Psychofarmacology 2008 · Montgomery et al · Neuropsychobiol 2004
Baldwin et al Br.J Psychiatry 2006 · Goodman et al. J. Affect Disord 2005 · Bielski et al. Ann Clin Psychiatry 2005 · Lader et al Depress Anxiety 2004

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală. Pentru informații detaliate de prescriere, consultați rezumatul caracteristicilor produsului.

Lundbeck Export A/S Romania, Str Ghiocei 7A, sector 2 București, Tel.: +40 21 319 88 26/27, Fax: +40 21 319 88 28
www.cipralex.com

Scanned with OKEN Scanner

Technology, Trondheim, Høgskoleringen 1, 7491 Trondheim (MR), FORMI, Oslo University Hospital, Kirkevn 166, 0407 Oslo
[2]Multidiscipline Spinal Unit, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University Hospital of Trondheim, 7030 Trondheim
[3]Section for Biostatistics and Epidemiology, Oslo University Hospital, Kirkevn 166, 0407 Oslo

Corespondența la:
C Hellum
christian.hellum@medisin.uio.no

Surgery with disc prosthesis versus rehabilitation in patients with low back pain and degenerative disc: two year follow-up of randomised study

Citați articolul ca:
BMJ 2011;342:d2786
doi:10.1136/bmj.d2786

Participanți și localizare

Pacienții eligibili (n=173) aveau vârste cuprinse între 25 și 55 de ani și prezentau durere lombară joasă de cel puțin un an, cu un scor de minimum 30 la indicele de dizabilitate Oswestry și cu modificări degenerative discale la nivelul L4/L5 sau L5/S1, ori la ambele.

Variabila primară

Variabilele primare determinate au fost dizabilitatea și durerea, măsurate cu ajutorul indicelui de dizabilitate Oswestry, la un an și la doi ani după intervenție.

Principalele rezultate și rolul hazardului

Modificarea medie de la starea inițială, realizată după doi ani de supraveghere, a fost 20,8 (interval de încredere 95% 16,4–25,2), în grupul cu intervenție chirurgicală, și 12,4 (8,5–16,3), în cel cu recuperare medicală. Efectul terapeutic mediu (diferența dintre grupuri) la doi ani de urmărire a fost 8,4 (de la −3,6 la 13,2) în analiza axată pe tratament. Circa 70% (n=51) dintre subiecții din lotul cu intervenție operatorie și 47% (n=31) din cel cu recuperare medicală au prezentat o ameliorare a scorului Oswestry de cel puțin 15 puncte (P<0,006). Numărul de pacienți necesar a fi tratați pentru a se preveni apariția unui efect advers (number needed to treat – NNT) a fost 4,4 (2,6–14,5). Din grupurile cu intervenție chirurgicală și cu recuperare medicală, 31% (n=21) și 23% (n=15) și-au reluat serviciul (P=0,30), iar 63% (n=46) și 39% (n=26) au fost mulțumiți de rezultat (P=0,005) la doi ani, 90% (n=66) și 73% (n=48) fiind satisfăcuți de asistența acordată (P=0,011) la un an.

Prejudicii

Șase pacienți (8%) au avut complicații chirurgicale, care au dus la existența unor tulburări la doi ani, rata de reintervenție chirurgicală fiind de 7% (n=5). Unul a prezentat o complicație gravă, care s-a soldat cu amputarea piciorului.

Factori de eroare, neconcordanțe și alte motive ce îndeamnă la prudență

Studiul nu a avut un grup cu placebo și e posibil ca subiecții din grupul cu recuperare medicală să se găsească în fața mai multor alternative similare. Pentru semnificația și rezoluția naturală a durerii lombare joase cronice ar trebui avută în vedere regresia suplimentară. În comparațiile dintre tratamentul operator și cel nechirurgical probabil că există o diferență legată de efectul placebo, greu de dedus din efectul terapeutic. S-ar putea ca rezultatele să fi fost influențate de diferența dintre grupuri în ceea ce privește complianța și de rata ridicată de abandon – de 15% (n=13), pentru intervenția chirurgicală, și de 24% (n=21), pentru recuperarea medicală.

Generalizarea la alte populații

Participanții la studiu au fost supra-selecționați, cu nivel unu sau doi de modificări degenerative și stare generală de sănătate bună.

Finanțarea studiului/conflicte de interese potențiale

Studiul a fost finanțat de South Eastern Norway Regional Health Authority și de Norwegian Foundation for Health and Rehabilitation, prin intermediul Norwegian Back Pain Association.

Numărul de înregistrare pentru trial

www.clinicaltrial.gov NCT 00394732.

VALORILE MEDII (DS) PENTRU VARIABILELE PRIMARE ȘI SECUNDARE LA PACIENȚII CU DURERE LOMBARĂ JOASĂ ȘI DEGENERARE DISCALĂ, RANDOMIZAȚI PENTRU PROTEZARE DISCALĂ SAU PENTRU RECUPERARE MEDICALĂ

	Intervenție chirurgicală	Recuperare medicală	Efectul terapiei (CI 95%)	Valoarea P
Indice de dizabilitate Oswestry (scoruri mai mici=simptome mai puțin severe)				
Inițial	41.8 (9.1)	42.8 (9.3)	–	–
Un an	22.3 (17.0)	33.0 (16.6)	−10.0 (−15.0 −5.0)	<0.001
Doi ani	21.2 (17.1)	30.0 (16.0)	−8.4 (−13.2 −3.6)	0.001
Durere lombară joasă (0=fără durere)				
Inițial	64.9 (15.3)	73.6 (13.9)	–	
Un an	35.6 (28.6)	53.2 (28.4)	−14.0 (−23.0 −5.0)	0.003
Doi ani	35.4 (29.1)	49.7 (28.4)	−12.2 (−21.3 −3.1)	0.009
Chestionar SF-36 pentru componenta fizică (scoruri mai mari=status al sănătății mai bun)				
Inițial	30.5 (7.1)	30.8 (6.5)	–	–
Un an	42.8 (12.2)	37.3 (11.0)	5.5 (1.9 9.1)	0.003
Doi ani	43.3 (11.7)	37.7 (10.1)	5.8 (2.5 9.1)	0.001
Chestionar SF-36 pentru componenta mentală (scoruri mai mari=status al sănătății mai bun)				
Inițial	47.7 (13.0)	45.2 (13.2)	–	–
Un an	50.2 (12.0)	49.2 (13.2)	0.2 (−3.5 3.8)	0.90
Doi ani	50.7 (11.6)	48.6 (12.8)	1.0 (−2.4 4.4)	0.50

Traducere: Dr. Rodica Chirculescu

Scanned with OKEN Scanner

Blocanţii receptorilor de angiotensină şi riscul de infarct miocardic: metaanaliză şi analiza secvenţială pentru 147 020 de pacienţi proveniţi din trialuri randomizate

Sripal Bangalore,[1,2] Sunil Kumar,[3] Jørn Wetterslev,[4] Franz H Messerli[5]

Editorial de Hobbs

Pentru afilierea autorilor, vezi bmj.com

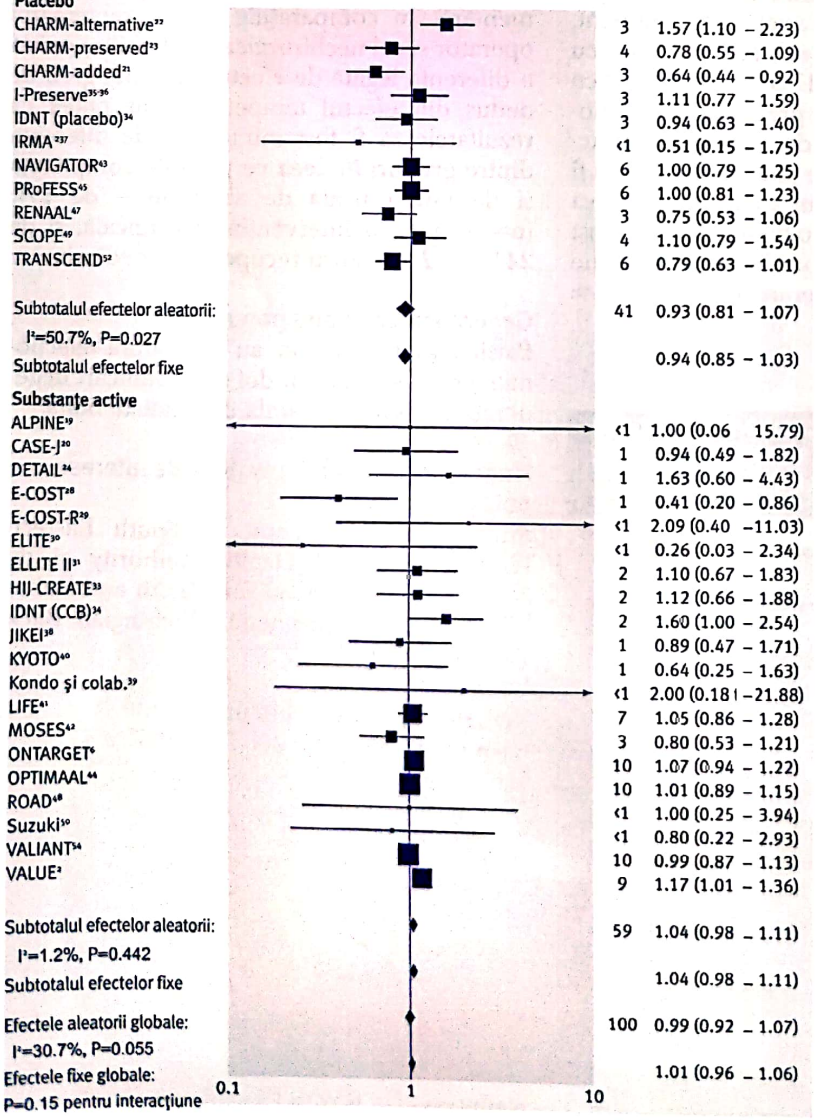
Corespondenţa la: S Bangalore sripalbangalore@gmail.com

ÎNTREBAREA STUDIULUI: Cresc blocanţii receptorilor de angiotensină riscul de infarct miocardic acut?

RĂSPUNSUL PE SCURT: Blocanţii receptorilor de angiotensină nu măresc riscul de infarct miocardic acut.

CE SE ŞTIE ÎN PREZENT ŞI CE ADUCE NOU ARTICOLUL DE FAŢĂ: Blocanţii receptorilor de angiotensină sunt un punct forte în tratamentul afecţiunilor cardiovasculare, deşi studii anterioare au arătat un risc mai mare de infarct miocardic. Am găsit dovezi solide menite a dezminţi riscul crescut de infarct miocardic (cu ajutorul cărora am putut exclude chiar şi o creştere absolută de 0,3% a riscului de infarct miocardic). În ciuda unei presiuni sanguine scăzute, în cazul blocanţilor receptorilor de angiotensină, faţă de placebo, nu a existat un efect benefic evident în ceea ce priveşte infarctul miocardic sau mortalitatea cardiovasculară.

BLOCANŢII RECEPTORILOR DE ANGIOTENSINĂ (BRA) ŞI INFARCTUL MIOCARDIC



Criteriile de includere a studiilor

Am efectuat căutări în Pubmed, Embase şi CENTRAL, pentru studii clinice randomizate (până în august 2010) referitoare la blocanţii receptorilor de angiotensină faţă de controale (placebo şi alte substanţe active de comparat), alegând studiile cu cel puţin 100 de participanţi şi cu interval de monitorizare de minimum un an. Rezultatele evaluate au fost infarctul miocardic, decesul, decesul de cauză cardiovasculară, angina pectorală, accidentul vascular cerebral (AVC), insuficienţa cardiacă şi diabetul nou instalat.

Rezultatele primare

Infarctul miocardic.

Rezultatele principale şi rolul întâmplării

Treizeci şi şapte de studii clinice randomizate au inclus 147 020 de participanti şi o perioadă totală de monitorizare de 465 166 ani-pacient. Blocanţii de receptori de angiotensină nu au fost asociaţi cu creşterea riscului de infarct miocardic (risc relativ de 0,99, interval de încredere 95% de la 0,92 până la 1,07, faţă de lotul control), deces, mortalitate de cauză cardiovasculară sau cu angina pectorală comparativ cu placebo ori cu alte substanţe active. În urma analizei secvenţiale a studiilor, nu a existat nici o dovadă în sprijinul unei creşteri medii relative de 5,0–7,5% (0,3% creştere absolută) a infarctului miocardic în pre-

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Angiotensin receptor blockers and risk of myocardial infarction: meta-analyses and trial sequential analyses of147 020 patients from randomised trials

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;342:d2234
doi:10.1136/bmj.d2234

zenţa blocanţilor receptorilor de angiotensină. Faţă de lotul control, blocanţii receptorilor de angiotensină au fost asociaţi cu o scădere a riscului de AVC (0,90, de la 0,84 până la 0,98), de insuficienţă cardiacă (0,87, de la 0,81 până la 0,93) şi a diabetului nou instalat (0,85, de la 0,78 până la 0,93), cu rezultate similare comparativ cu placebo şi alte substanţe active. La compararea blocanţilor receptorilor de angiotensină cu lotul control, analiza secvenţială a tratamentului nu a arătat o augmentare a decesului sau a mortalităţii de cauză cardiovasculară cu o dovadă clară pentru scăderea relativă a AVC (cel puţin 1%, în medie 10%) (comparând doar cu placebo), a insuficienţei cardiace (minimum 5%, în medie 10%) şi a diabetului nou instalat (cel puţin 4%, în medie 10%.

Erori sistematice, factori de confuzie şi alte motive ce îndeamnă la prudenţă

Studiul este o metaanaliză a datelor preluate din studii individuale, nefiind o analiză la nivel de pacient. Datorită lipsei informaţiilor din fiecare trial, nu am adaptat analizele în funcţie de doza utilizată pentru fiecare medicament sau în funcţie de complianţa la tratamentul prescris.

Finanţarea studiului/potenţiale conflicte de interese

Acest material nu a beneficiat de o finanţare specială. FHM a fost consultant/vorbitor pentru Novartis, Daiichi Sankyo, Sanofi si Savient Pharmaceuticals şi a primit finanţări de la Novartis, Forest şi Boehringer Ingelheim.

Traducere: Dr. Mădălina Geantă

Administrarea nocturnă a insulinei în sistem de buclă închisă (pancreas artificial), la adulţii cu diabet de tip 1: studii controlate, randomizate, transversale

Roman Hovorka,[1,2] Kavita Kumareswaran,[1,3] Julie Harris,[1] Janet M Allen,[1,2] Daniela Elleri,[1,2] Dongyuan Xing,[4] Craig Kollman,[4] Marianna Nodale,[1] Helen R Murphy,[1] David B Dunger,[1,2] Stephanie A Amiel,[5] Simon R Heller,[6] Malgorzata E Wilinska,[1,2] Mark L Evans[1]

Editorial de Kovatchev

[1]Institute of Metabolic Science, University of Cambridge, UK
[2]Department of Paediatrics, University of Cambridge, UK
[3]Department of Medicine University of Cambridge, UK
[4]The Jaeb Center for Health Research, Tampa, FL 33647, USA
[5]Diabetes Research, Weston Education Centre, King's College London, London, UK
[6]Diabetes Centre, Clinical Sciences Centre, Northern General Hospital, Sheffield, UK

Corespondenţa la:
R Hovorka, Institute of Metabolic Science, University of Cambridge, Box 289, Addenbrooke's Hospital, Cambridge CB2 0QQ, UK
rh347@cam.ac.uk

Overnight closed loop insulin delivery (artificial pancreas) in adults with type 1 diabetes: crossover randomised controlled studies

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;342:d1855
doi:10.1136/bmj.d1855

ÎNTREBAREA STUDIULUI: Ce siguranţă şi eficacitate prezintă sistemul de administrare peste noapte a insulinei în buclă închisă (pancreas artificial) *versus* terapia cu ajutorul pompei de insulină, la adulţii cu diabet de tip 1?

RĂSPUNSUL PE SCURT: Administrarea insulinei în sistem de buclă închisă poate să amelioreze semnificativ controlul nocturn al glicemiei şi să reducă riscul de hipoglicemie nocturnă, la adulţii cu diabet de tip 1. Sistemul de buclă închisă are potenţialul de-a îmbunătăţi siguranţa şi eficacitatea furnizării insulinei peste noapte.

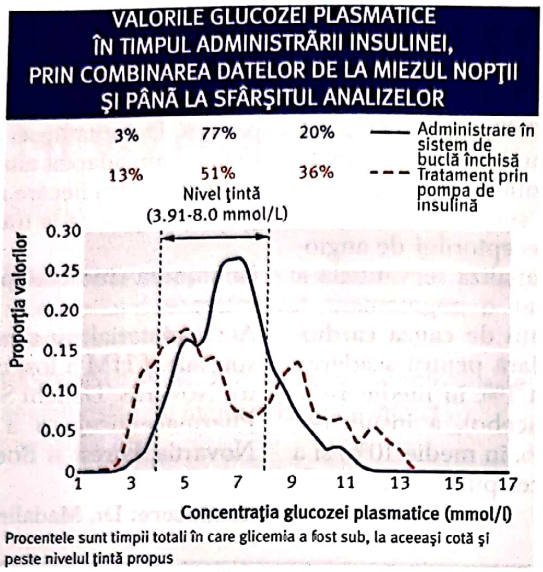
CE SE ŞTIE ÎN PREZENT ŞI CE ADUCE NOU ARTICOLUL DE FAŢĂ: Furnizarea peste noapte a insulinei în sistem de buclă închisă ameliorează controlul nivelurilor glucozei plasmatice la copii şi adolescenţi după mese bogate şi exerciţii fizice, dar eficacitatea la adulţi nu este cunoscută. În cele două mici trialuri transversale, administrarea peste noapte a insulinei în sistem de buclă închisă, la adulţii cu diabet de tip 1, a îmbunătăţit controlul glicemiei şi a redus expunerea la niveluri scăzute glicemice, fără valori nocturne sub 3,0 mmol/l.

Participanţi şi localizare

Douăzeci şi patru de adulţi (10 bărbaţi, 14 femei), în vârstă de 18–65 de ani, cu diabet de tip 1, au fost testaţi într-o clinică de cercetare: 12 consumaseră o masă medie ca volum (scenariu "mâncat acasă"), iar ceilalţi 12, o masă mai bogată şi alcool (scenariu "mâncat în oraş").

Protocolul de studiu

Două grupuri secvenţiale, deschise, cu randomizare controlată în blocuri, pentru analiză transversală într-un singur centru, realizând compararea administrării insulinei în sistem de buclă închisă cu tratamentul convenţional, prin pompa de insulină. Determinările glicemiei nocturne, în grupul cu sistem de buclă închisă, au fost introduse într-un algoritm pe computer, ce orienta rata de injectare prin pompă la intervale de 15 minute. Pe durata nopţilor de control au fost aplicate setările convenţionale pentru pompa de insulină. Scenariul mâncatului acasă a comparat furnizarea în sistem de buclă închisă cu terapia prin pompa de insulină după o masă medie la cină (60 g carbohidraţi). Scenariul mâncatului în oraş a inclus o cină mai bogată



Procentele sunt timpii totali în care glicemia a fost sub, la aceeași cotă și peste nivelul țintă propus

(100 g carbohidrați) cu consum de vin alb (0,75 g/kg etanol).

Variabilele primare

Variabila primară a fost ca nivelul glucozei plasmatice în timp să se mențină la valorile țintă (3,91-8,0 mmol/l) pe durata administrării în sistem de buclă închisă, cu o perioadă comparabilă de control.

Rezultatele principale

În scenariul mâncatului acasă, sistemul de buclă închisă peste noapte a crescut menținerea glucozei plasmatice în limitele propuse cu o mediană de 15% (rang interquartile 335%), P=0,002. În scenariul mâncatului în oraș, sistemul de buclă închisă a majorat menținerea glicemiei în intervalul țintă cu o mediană de 28% (2-39%), P=0,01. Analiza datelor cumulate a arătat că sistemul în speță a crescut, în total, menținerea glucozei plasmatice în limitele propuse cu o mediană de 22% (3-37%), P<0,001. Administrarea peste noapte în același sistem a redus perioadele nocturne de hipoglicemie (≤3,9 mmol/l) cu 3% (0-20%), P=0,04, și a eliminat concentrațiile glucozei plasmatice sub 3,0 mmol/l după miezul nopții.

Limitele

Studiile au fost realizate într-o clinică de cercetare, utilizându-se voluntari obișnuiți cu terapia cu ajutorul pompelor de insulină. Rămâne a fi determinată acceptabilitatea generală a acestei abordări. Absența automatizării complete, deoarece asistenta de cercetare a introdus datele și a ajustat setările pompei, reprezintă o limitare ce va fi rezolvată de noua generație de sisteme automatizate.

Finanțarea studiului/conflicte de interese potențiale

RH, CK, SAA, SRH, MLE, HRM. DBD și MEW au raportat conflicte de interese (vezi bmj.com). Toți cercetătorii sunt independenți de organismele finanțatoare: Diabetes UK, Juvenile Diabetes Research Foundation, Medical Research Council și National Institute for Health Research.

Numărul de înregistrare al trialului

ClinicalTrials.gov NCT00910767 and NCT00944619.

Traducere: Dr. Rodica Chirculescu

Efectul β-blocantelor în tratamentul bolii pulmonare obstructive cronice: un studiu de cohortă retrospectiv

Philip M Short,[1] Samuel I W Lipworth,[2] Douglas H J Elder,[3] Stuart Schembri,[4] Brian J Lipworth[1]

Editorial de Kazani și Israel

[1]Asthma and Allergy Research Group, Centre for Cardiovascular and Lung Biology, Division of Medical Sciences, University of Dundee, Dundee DD1 9SY, Scotland, UK

ÎNTREBAREA STUDIULUI: Reduc β-blocantele mortalitatea și exacerbările din boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC) când sunt asociate tratamentului farmacologic standard?

RĂSPUNSUL PE SCURT: Da, după adăugarea lor la terapia inhalatorie standard, în trepte, pentru BPOC (ce include β-agoniști cu durată lungă de acțiune și antimuscarinice), β-blocantele au diminuat mortalitatea de orice cauză, folosirea corticosteroizilor de urgență și internările spitalicești pentru afecțiuni pulmonare.

Scanned with OKEN Scanner

[1]Bute Medical School, University of St Andrews, St Andrews KY16 9UY, Scotland
[2]Centre for Cardiovascular and Lung Biology, Division of Medical Sciences, University of Dundee
[3]Department of Respiratory Medicine, Perth Royal Infirmary, Perth PH1 1NX, Scotland

Corespondența la:
B J Lipworth
brianlipworth@gmail.com

Effect of β blockers in treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a retrospective cohort study

Citați articolul ca:
BMJ 2011;342:d2549
doi:10.1136/bmj.d2549

CE SE ȘTIE ÎN PREZENT ȘI CE ADUCE NOU ARTICOLUL DE FAȚĂ: β-blocantele sunt evitate în cazul pacienților cu BPOC datorită temerilor legate de declanșarea bronhospasmului și de blocarea efectelor β-agoniștilor, iar mai multe studii au sugerat că ele pot fi benefice pentru această categorie de bolnavi, dar nu le-au evaluat eventualele beneficii în situația în care ar fi administrate separat de tratamentele medicamentoase concomitente. Studiul de față analizează relația dintre β-blocante și β-agoniști sau alte terapii inhalatorii simultane și a arătat că β-blocantele reduc mortalitatea și exacerbările din BPOC atunci când sunt asociate tratamentului inhalatoriu standard, administrat în funcție de treptele de severitate.

Participanții și proveniența acestora

Au fost incluși pacienți cu vârste de peste 50 de ani, diagnosticați cu BPOC pe baza criteriilor Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD – Inițiativa Globală pentru Boala Pulmonară Obstructivă Cronică), din Tayside, Scoția, din perioada 2001-2010.

Protocolul, amploarea și durata studiului

În prezentul studiu de cohortă retrospectiv, cu 5 977 de subiecți, am utilizat informații atât din baza de date locală a NHS, specifică pentru BPOC (TARDIS), conectată la sursa de înregistrare a morbidității populației scoțiene, ce oferă detalii cu privire la internările de urgență, cât și din înregistrările prescripțiilor din farmaciile comunitare din Tayside și din registrul de decese al General Register Office din Scoția. Pentru a evalua impactul β-blocantelor în asociere cu terapia standard din BPOC asupra mortalității de orice cauză, asupra spitalizărilor pentru afecțiuni respiratorii și asupra folosirii in situații de urgență a corticosteroizilor pe cale orală, s-a folosit regresia riscului proporțional Cox, după efectuarea corecției covariabilelor influente.

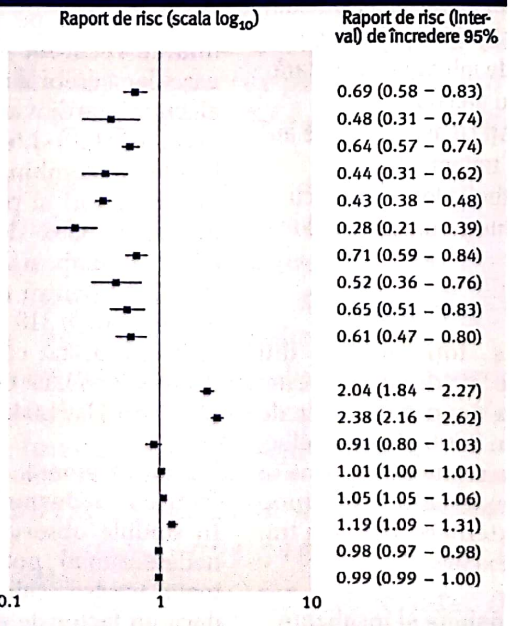
Principalele rezultate și rolul hazardului

Datele noastre sugerează, după efectuarea analizei scorurilor de tendință, o reducere cu 22% a mortalității de orice cauză, asociată folosirii β-blocantelor. S-au înregistrat beneficii complementare ale β-blocantelor asupra mortalității de orice cauză, la toate treptele de tratament din BPOC (figura). Valoarea ajustată a raportului de risc (hazard ratio – HR) pentru mortalitatea de orice cauză, comparativ cu lotul de control (pacienți care au primit doar terapie inhalatorie cu β-agoniști cu durată scurtă de acțiune sau anticolinergice), a fost de 0,43 (interval de încredere 95% între 0,38 și 0,48), pentru cura cu corticosteroizi inhalatori, β-agoniști cu durată lungă de acțiune plus anticolinergice cu durată lungă de acțiune, raportul scăzând la 0,28 (interval de încredere 0,21-0,39) după adăugarea unui β-blocant. Tendințe similare au relevat beneficiile cumulate ale β-blocantelor în ceea ce privește reducerea folosirii de urgență a corticosteroizilor pe cale orală și spitalizările pentru afecțiuni respiratorii. Când au fost administrate în asociere fie cu un β-agonist cu durată lungă de acțiune, fie cu un anticolinergic cu durată lungă de acțiune, β-blocantele nu au avut efecte negative asupra funcției pulmonare în niciuna din etapele tratamentului.

Erorile sistematice, factorii de confuzie și alte motive ce îndeamnă la prudență

Cercetarea noastră este limitată de protocolul retrospectiv și observațional. În studiile observaționale este posibil să apară fenomenul de confuzie prin indicație, dar am folosit modelul Cox de analiză a regresiei riscului proporțional, care a corectat toate covariabilele disponibile influente. Mai mult, când am evaluat impactul folosirii β-blocantelor asupra mortalității de orice cauză am aplicat metoda scorului de tendință, ce a sugerat un efect benefic prin folosirea β-blocantelor. Metoda menționată este proiectată să minimizeze influența factorilor de confuzie prin indicație.

RAPORTUL AJUSTAT DE RISC PENTRU MORTALITATEA DE ORICE CAUZĂ



ICS=corticosteroizi inhalatori, LABA= β-agoniști cu durată lungă de acțiune, Tio=tiotropina, FEV_1=volumul expirator forțat într-o secundă, SaO_2=saturația arterială în oxigen

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Generalizarea efectelor asupra altor populaţii de pacienţi

Prezentul studiu a utilizat o bază de date de mare amploare, specifică pentru BPOC, din regiunea Tayside. Avem convingerea că este realistă extrapolarea rezultatelor obţinute şi altor populaţii similare de pacienţi cu BPOC.

Finanţarea studiului/potenţiale conflicte de interes

Studiul de faţă a fost finanţat de Universitatea din Dundee.

Traducere: Dr. Emanuela Micu

Utilizarea inhibitorilor de pompă de protoni şi riscul de evenimente adverse cardiovasculare, la pacienţii trataţi cu aspirină care au un prim infarct de miocard: studiu naţional pentru scorul de tendinţă

Mette Charlot,[1] Erik L Grove,[2] Peter Riis Hansen,[1] Jonas B Olesen,[1] Ole Ahlehoff,[1] Christian Selmer,[1] Jesper Lindhardsen,[1] Jan Kyst Madsen,[1] Lars Køber,[3] Christian Torp-Pedersen,[1] Gunnar H Gislason[1]

EDITORIAL de Small, Chow şi So

[1]Department of Cardiology, Copenhagen University Hospital Gentofte, Post 635, Niels Andersens Vej 65, 2900 Hellerup, Denmark
[2]Department of Cardiology, Aarhus University Hospital Skejby, Aarhus, Denmark
[3]The Heart Centre, Copenhagen University Hospital Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark
Corespondenţa la: M Charlot
mc@heart.dk

Proton pump inhibitor use and risk of adverse cardiovascular events in aspirin treated patients with first time myocardial infarction: nationwide propensity score matched study

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;342:d2690
doi:10.1136/bmj.d2690

ÎNTREBAREA STUDIULUI: Este tratamentul concomitent cu aspirină şi inhibitori de pompă de protoni asociat cu un risc crescut de evenimente cardiovasculare?

RĂSPUNSUL PE SCURT: Medicaţia concomitentă cu aspirină şi inhibitori ai pompei de protoni, la pacienţii cu un prim infarct de miocard, a fost corelată cu un risc crescut de evenimente adverse cardiovasculare.

CE SE ŞTIE ÎN PREZENT ŞI CE ADUCE NOU ARTICOLUL DE FAŢĂ: Posibila interacţiune dintre clopidogrel şi inhibitorii pompei de protoni este în dezbatere pe scară largă, dar dovezile recente din studiile *ex vivo* sugerează că inhibitorii pompei de protoni pot reduce efectul de inhibiţie plachetară al aspirinei la persoanele cu afecţiuni cardiovasculare. La cei trataţi cu aspirină, care au un prim infarct de miocard, tratamentul cu inhibitori ai pompei de protoni a fost asociat cu un risc crescut de evenimente cardiovasculare adverse.

Participanţi şi localizare

Participanţii au inclus toţi adulţii din Danemarca, în vârstă de 30 de ani şi peste, internaţi în spital pentru un prim infarct de miocard, din 1997 până în 2006. Au fost selectaţi doar cei care au luat o reţetă de aspirină în primele 30 de zile de la externare şi au supravieţuit 30 de zile după externare, bolnavii trataţi cu clopidogrel fiind excluşi.

Protocol de studiu, dimensiune şi localizare

Prezentul studiu, de cohortă, retrospectiv, a fost realizat la nivel naţional şi s-a bazat pe datele din mai multe registre daneze corelate la scară individuală. Au fost incluşi, în total, 19 925 de subiecţi trataţi cu aspirină. Am analizat riscul cardiovascular legat de utilizarea inhibitorilor de pompă de protoni de-a lungul unui an de urmărire. În total, pe întreaga durată a studiului au fost trataţi cu inhibitori ai pompei de protoni 4 306 pacienţi; 4 159 dintre ei au fost corelaţi cu un număr egal de subiecţi cărora nu li s-a dat o astfel de medicaţie, printr-un model de scor de tendinţă.

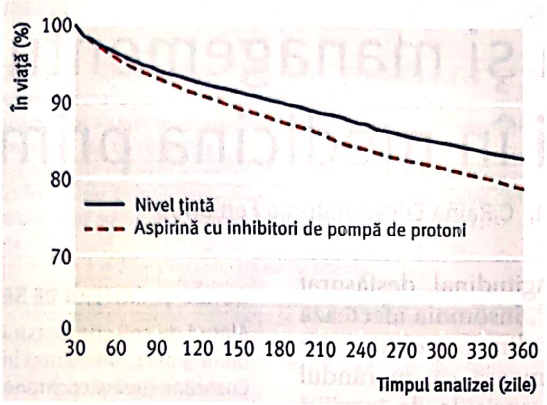
Rezultatele principale şi rolul hazardului

În total, 3 366 din 19 925 (16,9%) au inclus bolnavi care, pe durata urmăririi, au avut infarct recurent de miocard ori accident vascular cerebral sau au murit datorită unor afecţiuni cardiovasculare. Raportul riscului a fost 1,46 (1,33–1,61; P<0,001), pentru variabilele finale combinate, la pacienţii care au primit inhibitori ai pompei de protoni conform modelului Cox de risc proporţional dependent de timp şi, respectiv, 1,61 (1,45–1,79; P<0,001), pentru modelul bazat pe scorul de tendinţă, pe 8 318 subiecţi. O analiză de sensibilitate a arătat că nu există nicio creştere a riscului corelată cu utilizarea blocanţilor de receptori H_2 (1,04, 0,79–1,38; P=0,78).

Factori de eroare, neconcordanţe şi alte motive ce îndeamnă la prudenţă

În studiile observaţionale, factorii de eroare nedeterminaţi pot influenţa rezultatele. Cu toate acestea, calculele noastre ne arată că, dacă un factor de eroare sau o combinaţie de factori de eroare au fost prezente în 20% din cohorta tratată cu inhibitori ai pompei de

ANALIZA KAPLAN-MEIER A SCORULUI DE TENDINȚĂ, ANALIZA RISCULUI PENTRU DECES DE CAUZĂ CARDIOVASCULARĂ, INFARCT DE MIOCARD SAU ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL ÎN RELAȚIE CU TRATAMENTUL CU INHIBITORI DE POMPĂ DE PROTONI



protoni, factorul de eroare ar trebui să majoreze de patru ori riscul pentru a explica creșterea acestuia observată în studiul nostru. Existența unui atare factor de eroare ori a unei asemenea combinații de factori de eroare este improbabilă, dar nu imposibilă, deoarece nu am avut informații asupra unor alți factori de risc importanți, precum nivelul lipidelor, indicele de masă corporală sau fumatul.

Generalizarea la alte populații

Prezentul studiu a inclus toate spitalizările din Danemarca, nefiind, prin urmare, afectat de erori de selecție, legate, de exemplu, de includerea selectivă a anumitor spitale, sisteme de asigurări pentru sănătate sau grupuri de vârstă. Așadar, cohorta studiată a fost reprezentativă pentru pacienții din localizarea clinică. Important, populația daneză este, în mare măsură, caucaziană, iar generalizarea datelor la alte rase și grupuri etnice trebuie făcută cu prudență.

Finanțarea studiului/conflicte de interese potențiale

Toți cercetătorii sunt independenți de finanțatorul studiului, Danish Heart Foundation.

Traducere: Dr. Rodica Chirculescu

VIAȚA MEDICALĂ
Săptămânal al personalului medico-sanitar

Un ziar de elită pentru cititori de elită. Un ziar care, cu o nouă formulă grafică, a depășit nr. 1000. Dispune de un corp redacțional bine calificat, colaboratori de prestigiu și o tematică variată, de la cea de strict interes profesional (inclusiv publicațiile pentru examene și concursuri, precum și posturile propuse personalului medical) la cea de largă respirație științifică și până la pagini de cultură. Cu o tradiție îndelungată, a devenit, pentru zecile de mii de cititori ai săi, un ziar de căpătâi. Asigură o publicitate de succes pentru cele mai cunoscute firme de medicamente.

Citiți „Viața medicală"!

Dispozitivul redacțional, antrenat cu profesionalism în publicarea săptămânalului, oferă condiții optime susținerii programului editării de cărți medicale și de beletristică, ai căror autori sunt medici, farmaciști și alți reprezentanți ai corpului medico-sanitar. Promptitudinea, calificarea, bunele condiții grafice, asigurarea unui raport echilibrat cost/calitate au condus la apariția unor cărți de valoare, notorii în lumea medicală românească.

Editura VIAȚA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

Adresa: str. Ion Brezoianu nr. 27, sector 1, cod 010131, București
Telefon: 021.315.61.09; fax: 021.315.69.80;
departamentul publicitate: 021.315.60.60
E-mail: vmr.redactia@clicknet.ro; Internet: www.vmr.ro

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Evaluarea şi managementul insomniei în medicina primară

Karen Falloon,[1] Bruce Arroll,[1] C Raina Elley,[1] Antonio Fernando[2]

EDITORIAL de Cappucio şi Miller
CERCETARE, p. 311

[1]Department of General Practice and Primary Health Care, University of Auckland, Private Bag 92109, Auckland 1142, New Zealand
[2]Department of Psychological Medicine, University of Auckland
Corespondenţa la:
B Arroll
b.arroll@auckland.ac.nz

The assessment and management of insomnia in primary care

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;342:d2899
doi: 10.1136/bmj.d2899

Conform unui studiu longitudinal, desfăşurat recent în Marea Britanie[1], insomnia afectează aproximativ o treime din populaţie, iar studiile transversale estimează că, în rândul pacienţilor care solicită serviciile de îngrijiri primare, prevalenţa ei s-ar situa între 10 şi 50%.[2,3] Manualul de codificare al International Classification of Sleep Disorders (Clasificarea Internaţională a Tulburărilor de Somn), elaborat de American Sleep Disorders Association (Asociaţia Americană de Tulburări ale Somnului), o defineşte ca "o dificultate repetată, de-a lungul a cel puţin o lună, în ceea ce priveşte fie iniţierea, durata şi continuitatea somnului, fie calitatea lui, care se manifestă cu toate că există şi timpul, şi condiţiile propice pentru a adormi şi care determină o formă oarecare de tulburare a activităţilor cotidiene."[4] Chiar dacă unii pacienţi care se confruntă cu o atare problemă pot să nu o consideră ca atare, un somn neadecvat a fost asociat cu o afectare a sănătăţii fizice[3-6] şi celei mentale.[7-9] Folosirea pe scară largă şi în mod continuu a medicaţiei sedative pentru a trata insomnia creează îngrijorare în legătură cu toleranţa pe termen lung şi cu dependenţa, mai ales în cazurile în care patologia în speţă constituie simptomul sugestiv al unor diagnostice care sunt, astfel, omise (de exemplu, depresia) ori când reacţiile adverse pot fi o problemă – de pildă, căderile, la vârstnici.[10-12] Intervalul normal de somn este de şapte-nouă ore pe noapte,[13] deşi unii oameni declară că pot funcţiona şi după ce dorm doar patru ore, în timp ce alţii au nevoie de un somn de până la zece ore. Articolul de faţă trece în revistă cauzele şi tratamentul insomniei, punând accentual pe multiplele opţiuni non-medicamentoase, ce pot fi la îndemâna medicilor generalişti. Prezenta sinteză se bazează pe dovezi medicale furnizate de studii clinice randomizate referitoare la intervenţii, precum şi pe sfaturi preluate din ghidurile Academiei Americane de medicină a somnului (www.aasmnet.org).

SURSE ŞI CRITERII DE SELECŢIE

Alături de colecţia noastră personală de informaţii bibliografice, am căutat în baza de date medicale Cochrane ((www.cochrane.org), în Clinical Evidence (http://clinicalevidence.bmj.com) şi în Best Practice (http://bestpractice.bmj.com). Am trecut în revistă şi ghidurile elaborate de National Institute of Health and Clinical Excellence, American Academy of Sleep Medicine şi International Classification for Sleep Disorders. Am selectat sinteze sistematice şi metaanalize, iar în situaţiile în care acestea nu erau disponibile, am folosit studii clinice de mare amploare, randomizate, controlate.

IDEI PRINCIPALE

- Insomnia afectează o treime din oameni şi este o cauză frecventă a consultaţiilor din medicina primară
- Anamneza este principalul instrument de stabilire a diagnosticului
- Există multiple cauze de insomnie secundară care ar trebui avute în vedere la prezentare
- Somnolenţa excesivă din timpul zilei ar trebui să ridice suspiciuni cu privire la apneea în somn de tip obstructiv
- Insomnia primitivă este diagnosticată după excluderea oricăror altor cauze de insomnie şi poate fi tratată eficient prin tehnici de igienă a somnului, prin limitarea timpului petrecut în pat sau prin intervenţii comportamentale
- La sedative ar trebui să se apeleze doar în ultimă instanţă, numai dacă nicio altă măsură terapeutică nu a dat rezultate, întrucât administrarea lor poate expune pacienţii la riscul toleranţei şi al efectelor adverse

Ce este insomnia şi cine poate să sufere de pe urma ei?

Pacienţii cu insomnie relatează că le este greu să adoarmă ori să doarmă susţinut sau că se trezesc des ori prea devreme şi că un pot să adoarmă din nou sau că se simt obosiţi şi după ce se scoală din pat. Dacă sunt solicitaţi să răspundă la întrebări ce vizează aspectele anterior menţionate, 40% dintre cei care apelează la asistenţa medicală primară vor raporta astfel de simptome.[2] Insomnia poate fi primitivă, când nu se identifică nicio altă cau-

Tabelul 1| Cauze secundare ale insomniei şi tratamentele adecvate

Cauza secundară	Tratamentul
Depresie	Se va trata depresia (de exemplu, antidepresive, terapie cognitiv-comportamentală)
Anxietate	Se va trata anxietatea (medicaţie sau terapie cognitiv-comportamentală)
Probleme fizice de sănătate (precum durere ori dispnee)	Se vor trata durerea şi celelalte simptome
Apnee în somn de tip obstructiv	Presiune pozitivă continuă la nivelul căilor aeriene sau dispozitive ce îmbunătăţesc funcţionarea căilor aeriene (de pildă, proteza de avansare mandibulară, pentru cazurile uşoare); se va lua în considerare o consultaţie la un pneumolog sau un somnolog
Consum excesiv de alcool	Intervenţii destinate reducerii aportului de alcool sau încurajării abstinenţei
Tulburarea de tip fază de somn întârziat (o afecţiune de ritm circadian)	Se vor schimba orele de lucru; melatonina seara şi expunere la lumină (prin intermediul luminii solare ori a lămpilor/panourilor cu lumină artificială) dimineaţa
Utilizarea ilicită a medicaţiei	Intervenţii menite a reduce consumul de medicamente
Parasomnii: sindromul picioarelor neliniştite, somnambulism, teroarea de somn, mişcări periodice ale membrelor, bruxismul (scrâşnirea dinţilor), coşmarul, tulburări de alimentaţie induse de somn, sex în somn (sexsomnia).	În cazul sindromului picioarelor neliniştite se va doza feritina, vor fi avute în vedere măsuri non-medicamentoase sau agonişti ai receptorilor dopaminergici non-ergotici pentru cazurile severe; pentru alte parasomnii se va solicita consult de specialitate.

ză, ori secundară, când este generată sau influenţată de o afecţiune subiacentă (tabelul 1). Pacienţii pot avea mai mult de un diagnostic de bază. În nu mai puţin de jumătate din cazuri, insomnia maschează, de fapt, depresia şi anxietatea care, deseori, coexistă.[2] În aproape o treime din situaţii sunt prezente şi probleme medicale fizice.[2] La fel, consumul excesiv de alcool şi cel de substanţe interzise pot fi corelate cu relatările referitoare la un somn neadecvat (aproximativ 8%, respectiv 6% dintre cazuri).[2] Circa 12% dintre cei care acuză tulburări de somn prezintă tipul de fază de somn întârziat, o afecţiune a ritmului circadian de somn în care persoana respectivă întâmpină dificultăţi în a adormi la o oră la care majoritatea oamenilor adorm.[2] Astfel de persoane au tendinţa de a merge la culcare foarte târziu şi le este greu să se trezească la ora la care se scoală cei mai mulţi oameni. Apneea în somn de tip obstructiv reprezintă o cauză frecventă de tulburare de somn, ce poate avea un impact considerabil asupra activităţilor cotidiene (caseta 1).

Caseta 1 | Apneea în somn de tip obstructiv

- Afectează aproximativ 9% dintre cei care acuză somn prost, în serviciile de medicină primară[2]
- Mai frecventă la persoanele obeze
- Obstrucţia episodică, parţială sau completă de căi aeriene superioare se asociază, în mod normal, cu desaturare în oxigen la nivelul sângelui şi cu treziri din somn
- Simptomele includ: sforăit cronic, insomnie, răsuflare întretăiată şi apnee respiratorie, somn neodihnitor şi somnolenţă în timpul zilei. Fiţi vigilenţi la posibilitatea acestui diagnostic atunci când pacientul raportează că adoarme în timpul zilei – de pildă, când călătoreşte, ca pasager, într-o maşină, pe distanţe scurte, când se află într-o sală de aşteptare ori la conferinţe
- Partenerii conjugali pot raporta sforăitul pacientului sau respiraţia întretăiată[14]
- Dacă răspunde afirmativ la toate întrebările următoare, sau la cele mai multe din ele, pacientul are o probabilitate semnificativă pre-testare de-a avea apnee în somn de tip obstructiv şi va necesita investigaţii suplimentare şi/sau tratament.[4] Acuzaţi somnolenţă excesivă în timpul zilei? Aveţi episoade frecvente de pauze în respiraţie (sau răsuflare întretăiată) în timpul somnului? Sau v-a spus cineva că în timpul ce dormiţi: vi s-a oprit respiraţia sau sforăiţi foarte tare? Aveţi dureri de cap matinale? Ori vă simţiţi gura uscată când vă treziţi?
- Ar putea fi o obligaţie legală pentru cadrele medicale să sfătuiască şoferii profesionişti şi pe angajaţii care lucrează cu utilaje asupra riscului de-a adormi în timpul lucrului
- Diagnosticul poate fi confirmat prin polisomnografie sau prin puls oximetria nocturnă[15]
- Tratamentul iniţial constă în folosirea dispozitivelor ce produc o presiune pozitivă continuă a căilor aeriene (CPAP) pe timpul nopţii;[16] dacă metoda nu este eficientă vor fi avute în vedere opţiunile chirurgicale. Dovezile medicale de nivel A, provenite din metaanalize, susţin folosirea CPAP.[16]

Necesităţile de somn pot scădea odată cu înaintarea în vârstă. O sinteză recentă a trecut în revistă literatura de specialitate în legătură cu tulburările de somn la vârstnici.[17] La cei 1 000 de adulţi în etate, intervievaţi într-un studiu francez, a fost semnalată o durată medie de somn pe noapte de şapte ore.[17] Un alt studiu a relevat o scurtare medie a duratei totale de somn cu 27 de minute pe decadă, de la vârsta medie până în decada a opta de viaţă. Persoanele vârstnice "petrec mai mult timp în pat, dar prezintă o deterioare atât a calităţii somnului cât şi a duratei lui."[17]

Cum este diagnosticată insomnia?

Este important să se efectueze o bună anamneză şi să se identifice orice cauze subiacente de insomnie – caseta 2 prezintă succint întrebările şi informaţiile obţinute astfel, atunci când se investighează un caz de insomnie.

Verificarea unor eventuale cauze secundare

Metoda depistării ţintite a depresiei sau a anxietăţii, pe baza unor întrebări scurte, poate detecta o afecţiune mentală subiacentă.[18-20] Este obligatorie investigarea altor cauze secundare, prezentate în tabelul 1. Pentru pacienţii cu afecţiuni bipolare, insomnia poate anunţa un episod maniacal. Există mai multe metode de evaluare a depresiei şi anxietăţii: chestionarul asupra stării de sănătate a pacientului (PHQ)-9, scala de anxietate şi depresie (HADS)-7 ori PHQ-4.[14, 20, 21] Testul de identificare a afecţiunilor datorate consumului de alcool (AUDIT) sau CAGE pot fi folosite pentru a evalua aportul de alcool,[22, 23] iar testul ASSIST de depistare a rolului alcoolului, fu-

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 2| "Igiena de somn" – instrucţiuni şi explicaţii

Instrucţiuni	Justificarea
Limitaţi cafeina la o ceaşcă de cafea dimineaţa (sau chiar renunţaţi), evitaţi consumul de alcool şi fumatul noaptea, restrângeţi aportul altor substanţe ce pot afecta somnul	Cafeina şi nicotina sunt substanţe stimulante, care pot întârzia instalarea somnului şi alterează calitatea acestuia; oamenii au o capacitate diferită de a metaboliza respectivele substanţe; unii apelează la alcool ca să adoarmă, doarece îi relaxează, dar ulterior acesta poate duce la treziri şi la reducerea calităţii somnului
Evitaţi să mergeţi la culcare până nu simţiţi că vă e somn	Oamenii nu adorm dacă creierul lor este într-o stare de vigilenţă maximă, astfel că mersul la culcare înainte de a li se face somn îi frustrează, gândindu-se că nu vor reuşi să adoarmă, ceea ce, ulterior, poate întârzia instalarea somnului; modelele şi necesităţile de somn ale unui individ pot să nu se potrivească cu cele ale partenerului conjugal
Evitaţi să aţipiţi peste zi	Aţipitul reduce "presiunea de somn", care creşte în timpul zilei până la momentul la care este atins un prag şi suntem pe punctul de-a adormi; aţipitul poate întârzia timpul când suntem gata de somn şi duce la ore de culcare haotice, mai ales dacă persoana adoarme ca să compenseze o oră de culcare mai târzie (ce va genera un efect de "domino" pentru a doua zi); dacă s-a aţipit peste zi, dar s-a menţinut ora "obişnuită" de culcare, e posibil ca somnul să se instaleze cu întârziere, ducând la frustrare şi anxietate, stări ce prelungesc şi mai mult momentul adormirii
Exerciţiile fizice regulate, zilnice pot ajuta la îmbunătăţirea somnului, dar se va evita practicarea lor seara târziu	Efortul fizic prea aproape de ora de culcare poate acţiona ca un stimul excitant, întârziind instalarea somnului
Asigurarea că mediul de culcare este confortabil şi favorabil somnului	Ar fi bine să aveţi un pat comod, o temperatură ambiantă nici prea ridicată, nici prea scăzută, camera să fie întunecată şi zgomotul redus la maximum; disconfortul, mediul prea cald sau prea rece, zgomotul şi lumina pot întrerupe somnul
Atenţie la ecranul calculatoarelor, la ceasuri şi la persoanele împreună cu care dormiţi	Privitul la ecranul calculatoarelor în orele de dinaintea mersului la culcare poate întârzia instalarea somnului (se crede că undele luminoase emise de ecrane reduc sinteza melatoninei, un hormon secretat de glanda pineală, ce iniţiază somnul); uitatul la ceas în timpul trezirilor nocturne poate întârzia instalarea somnului prin faptul că se adaugă la frustrarea de a fi treaz (ceasurile de pat pot fi şi ele stimuli excitatori pentru creier); dacă persoana alături de care dormiţi vă perturbă somnul (prin mişcări excesive sau prin sforăit), probabil că este necesar să-şi facă o autoevaluare pentru tulburări de somn
Dacă nu adormiţi în 15-20 de minute, daţi-vă jos din pat şi întoarceţi-vă doar când vi s-a făcut somn	Recomandarea se bazează pe faptul că patul trebuie să fie asociat cu ideea de-a fi adormit, nu treaz şi cu probleme legate de somn

matului şi al substanţelor, pentru a evalua consumul de droguri.[24]

Jurnalele de somn

Medicii generalişti pot folosi jurnalele de somn, în care pacientul notează, timp de una până la două săptămâni, modelul de somn; utilizarea lor face ca o consultaţie să fie mai subiectivă. Pe internet (de exemplu, www.sleepeducation.com/pdf/sleepdiary.pdf) există mai multe modele de jurnale – cu ajutorul lor, pacienţii îşi pot înţelege mai bine propriile obiceiuri legate de somn. Ele reflectă, adesea, tendinţele de somn – de pildă, orarele ciudate – sau identifică modelele predominante de somn – de exemplu, un timp prea îndelungat pentru a adormi, treziri nocturne frecvente, treziri matinale precoce ori mai multe forme concomitent. Jurnalele pot oferi un punct de start în managementul tulburărilor de somn într-o manieră personalizată şi pot fi folosite pentru a monitoriza progresul anumitor tratamente.

Examenul clinic

Cu toate că nu poate diagnostica insomnia, un examen clinic poate fi de ajutor pentru a identifica sau a exclude o cauză evidentă subiacentă tulburării de somn, ca în cazul apneei în somn de tip obstructive, ori o tulburare neurologică, cum este, de pildă, boala Parkinson. O valoare ridicată a indicelui masei corporale (≥30) şi o circumferinţă a gâtului ≥40 cm creşte riscul apneei în somn de tip obstructiv.[25] În mod normal, medicul generalist ştie de existenţa concomitentă a altor afecţiuni. Poate fi justificată efectuarea unor teste sanguine pentru depistarea unui eventual hipertiroidism şi a unor concentraţii scăzute ale feritinei, ce pot genera sindromul picioarelor neliniştite. Anemia poate fi exclusă printr-o hemogramă completă.

Polisomnografia (studiul somnului nocturn)

Pacienţii pot fi trimişi la polisomnografie în scopul confirmării apneei în somn şi a afecţiunilor ce implică mişcări ale membrelor sau sindromul picioarelor neliniştite – procedura măsoară activitatea cerebrală şi musculară şi evaluează saturaţia de oxigen pe timpul nopţii.

Cum poate fi abordată insomnia în medicina primară fără medicaţie?

Pentru toţi pacienţii poate fi benefică respectarea principiilor unei igiene de bază a somnului (tabelul 2).

Insomnia secundară

Pentru acei pacienţi la care se identifică o cauză a insomniei (insomnie secundară), recomandăm începerea tratamentului afecţiunii de bază (a se vedea tabelul 1). Pentru toţi poate fi benefică respectarea principiilor unei igiene de bază a somnului (tabelul 2). Din experienţa noastră, pacienţii pot avea mai multe afecţiuni care contribuie la instalarea insomniei. Abordarea unora din aceste condiţii poate rezolva alte probleme. De exemplu, sfaturile cu privire la reducerea consumului de medicamente şi de alcool, alături de cele legate de tratarea durerii sau a dificultăţilor respiratorii pot duce atât la soluţionarea depresiei şi a anxietăţii cât şi la îmbunătăţirea insomniei.

Tulburarea de tipul fazei de somn întârziat şi parasomnia

Folosirea melatoninei pe timpul nopţii şi a unor lămpi/panouri luminoase dimineaţa sunt de ajutor; cel puţin două studii randomizate

Scanned with OKEN Scanner

Caseta 2 | Anamneza şi informaţiile obţinute

Puteţi să descrieţi probema pe care o aveţi legată de somn?
Interferă această problemă cu activităţile dumneavoastră de a doua zi? (de exemplu, vă simţiţi neodihnit dimineaţa, obosit, cu o capacitate scăzută de concentrare sau cu o stare de iritabilitate)?

Puteţi să-mi relataţi care sunt obiceiurile dumneavoastră la culcare, începând cu ora la care vă retrageţi în pat?

- La ce oră mergeţi la culcare
- De cât timp aveţi nevoie ca să adormiţi
- De câte ori vă treziţi (numărul şi durata trezirilor; ştiţi cumva care sunt cauzele lor? Aveţi anumite simptome asociate – de pildă, arsuri, tuse, dispnee, durere, anxietate ori senzaţia de vezică plină?)
- Ultima trezire dimineaţa
- Ora la care vă daţi jos din pat
- Durata obişnuită de somn
- Cât de diferită este rutina dumneavoastră la sfârşit de săptămână sau în concedii? Vă culcaţi mereu la aceeaşi oră?
- Aveţi vreo activitate consumatoare de energie seara târziu?

Informaţiile obţinute

Unii pacienţi consideră că nu au parte de un somn suficient, dar funcţionează bine a doua zi. Teoretic, ei nu au insomnie, definiţia acesteia implicând "o anumită formă de afectare a activităţii cotidiene"[4]

Schimbările frecvente ale obiceiurilor legate de culcare şi practicarea unei activităţi intense chiar înainte de somn pot genera tulburări ale acestuia

Problemele fizice de sănătate reprezintă o cauză semnificativă (43%) a insomniei în medicina primară şi necesită atenţie[2]

Dacă timpul petrecut în pat îl depăşeşte cu mult pe cel de somn (de exemplu, prin câteva ore), pacientul poate avea insomnie primitivă, dacă nu sunt prezente alte cauze. Petrecerea unei perioade mai scurte în pat poate să ducă la o îmbunătăţire semnificativă a calităţii somnului şi să diminueze fragmentarea acestuia. Expunerea la ecranul computerului cu câteva ore înainte de culcare poate întârzia iniţierea somnului.

Cum vă simţiţi la trezire?

Neodihnit şi încă adormit?

Sunt prezente anumite simptome, cum ar fi dureri de cap sau gură uscată?

Somnolenţă în timpul zilei – adormire în sălile de aşteptare, ca pasager într-o maşină ori în timpul conferinţelor

Informaţia obţinută

Se va avea în vedere apneea în somn de tip obstructiv. Se va lua în considerare completarea de către pacient a scalei Epworth de somn,[16] care măsoară nivelurile de somnolenţă din timpul zilei

Sunt prezente oricare dintre simptomele apneei în somn de tip obstructiv (dacă este posibil, va fi chestionat şi partenerul conjugal)?

De exemplu, sforăit puternic, pauze în respiraţie, răsuflare întretăiată

Informaţia obţinută

Oferă date legate de apneea în somn de tip obstructiv

Ce alţi factori pot interfera cu somnul?

Folosirea excitantelor (precum cofeina, alcoolul, ţigările, drogurile)

Utilizarea altor medicamente ce pot interfera cu somnul

Evenimentele recente importante din viaţa personală (de pildă, pierderi ireparabile)

Informaţia obţinută

Ideal ar fi să se evite folosirea substanţelor excitante după orele 18

Decongestivele orale, precum pseudoefedrina; astmul, medicamentele de tipul simpaticomimeticelor cu durată scurtă de acţiune; amfetaminele; antidepresivele, precum inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei, toate pot genera insomnie, iar o metodă simplă şi fezabilă de diagnosticare o constituie încercarea întreruperii lor

Obişnuiţi să aţipiţi?

Se vor cere informaţii cu privire la frecvenţă, moment şi durată

Unde aţipiţi când aveţi această problemă? Persistă şi când dormiţi în altă parte (de exemplu, când sunteţi în concediu) ori de-a lungul întregii săptămâni sau pe tot parcursul anului?

Informaţia obţinută

Aţipirile lungi din timpul zilei pot afecta calitatea somnului din timpul nopţii

Dacă pacientul doarme mai bine când este în concediu sau la sfârşit de săptămână, se va avea în vedere diagnosticul de tulburare fază de somn întârziat, mai ales în situaţia în care obişnuieşte să se culce după miezul nopţii

Prezentaţi unul din următoarele simptome?

Dispoziţie scăzută ori lipsa plăcerii de-a mai desfăşura unele activităţi sau majoritatea acestora; vă faceţi griji în exces; aveţi atacuri de panică nocturne

Somn neliniştit

Spasme/contracturi la nivelul membrelor ori al corpului

Tresăriri la nivelul picioarelor (se va avea în vedere sindromul picioarelor neliniştite)

Atacuri de tremor

Mersul ori vorbitul în somn

Trezire bruscă, însoţită de frică

Comportamente nocturne neobişnuite

Informaţia obţinută

Pacienţii care răspund afirmativ la prima întrebare pot avea depresie sau anxietate; se va avea în vedere folosirea inventarelor convenţionale pentru screeningul ţintit

Celelalte simptome pot fi legate de parasomnii

au arătat un beneficiu la cei cu faza de somn întârziat.[26, 27] Pentru majoritatea cazurilor de sindrom al picioarelor neliniştite se recomandă practicarea, înaintea orei de culcare, a unor abordări non-medicamentoase, precum masajul, exerciţiul fizic şi băile calde.[28]

Pentru cazurile mai severe sunt indicaţi antagoniştii dopaminergici non-ergotici, pe baza dovezilor provenite din studii clinice randomizate, controlate.[28] Pentru alte parasomnii – de pildă, somnambulismul (mersul în somn) şi alte comportamente nocturne – ar trebui căutată consiliere de specialitate, deoarece nu sunt frecvente în practica de medicină primară (caseta 3).

Insomnia primitivă

Aproximativ 30% dintre pacienţii cu insomnie primitivă vor prezenta îmbunătăţiri doar dacă au o igienă de somn de bază (tabelul 2).[29]

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 3| Medicamentele folosite frecvent în insomnie

Medicamentul	Clasa	Doza de hipnotic uzuală	Timpul de înjumătățire	
Temazepam	Agonist de receptor benzodiazepinic	10-20 mg	5-15 ore [w10]	Sedare, confuzie, amnezie, coordonare defectuoasă, dezinhibiție
Triazolam	Agonist de receptor	0.125-0.25 mg	2-3 ore [w10]	La fel ca mai sus
Zolpidem	Agonist de receptor benzodiazepinic	5-10 mg	1.5-2.4 ore [w11]	La fel ca mai sus
Zopiclonă	Agonist de receptor benzodiazepinic	7.5 mg	5-6 ore [w11]	La fel ca mai sus
Doxepin	Antidepresiv sedativ	25-50 mg	8-24 ore [w11]	Sedare, căderi, ameteli, gură uscată (și alte efecte adverse anticolinergice), cefalee, greață, migrene
Quetiapină	Antipsihotic sedativ	25-200 mg	6 ore [w11]	Sedare, creștere în greutate, hipotensiune
Prometazină	Antihistaminic sedativ	10-20 mg	5-15 ore [w10]	Sedare, retenție urinară, ameteli

Caseta 3 | Parasomnii (afecțiuni neurologice, rar întâlnite în medicina primară)

- Sindromul picioarelor neliniștite
- Vorbitul în somn
- Mersul în somn
- Teroarea nocturnă
- Mișcări periodice ale membrelor
- Bruxism (scrâșnitul dinților)
- Coșmarul
- Tulburări de alimentație legate de somn
- Sexsomnia

Restricția timpului petrecut în pat

Recomandările elaborate și publicate de American Academy of Sleep Medicine (Academia Americană de Medicină a Somnului) în 2006 au ajuns la concluzia, pe baza dovezilor medicale existente, că intervențiile psihologice și cele comportamentale sunt eficiente în terapia insomniei primitive cronice.[30] Tratamentele susținute empiric includ: terapia cognitiv-comportamentală, limitarea timpului petrecut în pat (restricție de somn), terapia de control al stimulilor, antrenamentul de relaxare și intenția paradoxală (instruirea de a rămâne treaz în mod pasiv și evitarea oricărui efort de-a adormi).[31]

În metaanalizele studiilor randomizate, terapia cognitiv-comportamentală s-a dovedit a fi un tratament eficient pentru insomnie.[32, 33] Are ca scop abordarea diverselor aspecte cognitive și comportamentale ale insomniei prin utilizarea unei combinații de intervenții, cum sunt, de pildă, strategiile comportamentale (restricția timpului petrecut în pat, terapia de control al stimulilor și relaxarea), instruirea (de exemplu, legată de "igiena somnului"), precum și strategiile cognitive (terapia cognitivă). Este important de reținut că, datorită modului în care este structurată, această terapie nu este administrată de către medicii generaliști (în mod tipic, ea presupune între șase și opt ședințe, așa cum este arătat într-un studiu randomizat, controlat[34]), ceea ce explică de ce este insuficient aplicată în îngrijirea primară. Prin urmare, un punct de start simplu pentru tratamentul insomniei primitive îl constituie abordarea igienei somnului și tentarea unei intervenții comportamentale, precum limitarea timpului petrecut în pat sau controlul stimulilor.

Restricția de somn implică scurtarea timpului petrecut în pat în așa fel încât perioada respectivă să corespundă foarte bine celei în care se doarme efectiv (caseta 4).[35] Dovezile provenite dintr-un studiu randomizat, controlat, sugerează că această metodă este eficientă pentru unii pacienți cu insomnie primitivă.[w1] Restricția timpului petrecut în pat face parte, adesea, din intervențiile terapeutice cognitiv-comportamentale. Ea poate fi o abordare foarte simplă, pretabilă pentru asistența medicală primară și utilă pentru aceia care petrec mult timp în pat fără să doarmă. Controlul stimulilor se referă la un set de instrucțiuni proiectate să reasocieze noțiunile de pat și dormitor cu cea de somn și să restabilească o rutină regulată somn–trezire (caseta 5).[w2]

Care este rolul medicației în insomnia primitivă?

În medicina generală, pentru tratamentul insomniei sunt folosite frecvent medicamente hipnotice.[w3] Cu toate că o atare abordare nu se bazează pe dovezi medicale științifice care să le ateste rolul terapeutic în insomnia cronică, ele sunt prescrise de doctori (în tabelul 3 sunt prezentate diverse clase de asemenea preparate farmaceutice) sau sunt cumpărate fără rețetă (de exemplu, antihistaminicele sedative, melatonina, suplimentele naturale, cum este, de pildă, valeriana).[w4, w5] Sinteze recente au arătat că, pe termen scurt (de până la patru săptămâni), farmacoterapia duce la ameliorări similare celor obținute prin intervenții psihologice ori comportamentale, doar că acestea din urmă au beneficii persistente, care se pot chiar îmbunătăți în timp.[w4, w5] Mai mult, folosirea medicației de somn în monoterapie poate să nu ducă la acea calitate a somnului care poate fi atinsă prin alte metode și e posibil să nu acționeze pe problema de somn subiacentă. Un studiu randomizat care a comparat zopiclona cu terapia cognitiv-comportamentală a arătat o eficiență mai bună a somnului în grupul cu terapie cognitiv-comportamentală, ai cărui subiecți au avut treziri mai rare.[w6] Între cele două loturi nu au existat diferențe în ceea ce privește timpul total de somn.

Situațiile în care un pacient nou sau necunoscut cere un medicament hipnotic după nume impun un nivel ridicat de suspiciune, deoarece solicitantul ar putea dori acel preparat în scopuri ilicite. Discuția despre medicația hipnotică va depinde de persoana care ia în calcul o atare opțiune ca terapie: doctorul sau pacientul. Este necesar ca persoanele care formulează o astfel de preferință să fie informate cu privire la beneficiile tratamentului non-farmacologic. S-ar putea ca, până la urmă, în cazul lor chiar să fie nevoie de

Scanned with OKEN Scanner

Caseta 4 | Restricţia timpului petrecut în pat, pentru insomnia primitivă

- Se va asigura că diagnosticul cel mai probabil este insomnie primitivă (şi nu alte afecţiuni)
- Muncitorii care conduc vehicule sau cei care lucrează cu utilaje grele vor fi sfătuiţi să urmeze tratament în concediu, deoarece există un risc pe termen scurt de deprivare de somn
- Va fi estimat timpul petrecut în pat faţă de cel alocat somnului propriu-zis, făcându-se uz, la nevoie, de un jurnal de somn. Un scenariu frecvent este acela că pacientul petrece în pat aproximativ opt–nouă ore, dar doarme doar şase ore. Pacienţii vor fi sfătuiţi să restricţioneze perioada petrecută în pat la timpul estimat total de somn. Considerăm că cel mai bine este ca persoana respectivă să se trezească la ora obişnuită (din cadrul familial) şi să meargă la culcare mai târziu. De exemplu, dacă ora uzuală de trezire este 6:00, se va sugera mersul la culcare la orele 24:00 în locul orei lor obişnuite, 22:00. Înainte de culcare pacientul va fi sfătuit să desfăşoare doar activităţi liniştite, relaxante, nu pe lângă pat şi nici stând întins în pat, pentru a evita aţipirile ce pot fragmenta rutina. Recomandăm ca, înainte de a face vreo modificare, pacientul să ţină cont de ora de culcare timp de două săptămâni. În mod normal, persoana în cauză declară o îmbunătăţire a calităţii somnului, simţind că doarme mai profund, iar perioada de somn este consolidată

După două săptămâni:

- Dacă pacientul doarme şi funcţionează mai bine, nu este nevoie de altceva. Mulţi preferă să aplice în continuare orarul restricţiei de somn, deoarece îl găsesc foarte eficient
- Dacă dorm mai bine, dar se simt privaţi de somn a doua zi, ar putea dori să adauge 30 de minute la timpul lor permis în pat la fiecare săptămână şi să continue să facă acest lucru până când dispare senzaţia de privare de somn, în timp ce se menţine un somn continuu noaptea
- Dacă nu dorm mai bine, ar putea dori să micşoreze cu 30 de minute timpul petrecut în pat (dar *per* total, acesta să nu fie mai scurt de cinci ore pe noapte). Se va asigura că pacientul încearcă fiecare opţiune pentru minimum două săptămâni, înainte de a face o altă modificare. În situaţia în care cele cinci ore pe noapte nu le asigură un somn mai bun, se poate încerca obţinerea unei consultaţii la un specialist în somnologie

Caseta 5 | Instrucţiuni pentru controlul stimulilor

(1) Se va merge la culcare doar când persoana simte că îi este somn

(2) Persoana în cauză se va ridica din pat dacă nu adoarme după 15-20 de minute, va reveni la pat doar când este somnoroasă (se va repeta de câte ori este nevoie)

(3) Patul/dormitorul va fi folosit doar pentru somn

(4) Trezirea se va efectua în fiecare zi la aceeaşi oră

(5) Fără aţipiri

medicaţie, dar practica optimă ar trebui să includă o perioadă de probă de terapie non-medicamentoasă. Dacă medicul este cel care pune o asemenea problemă, probabil că pacientul fie a încheiat o astfel de perioadă de verificare, fie situaţia este extremă şi urgentă.

Temeri cu privire la hipnotice

Medicamentele hipnotice (benzodiazepinele sau "medicamentele z", cum este, de pildă, zopiclona) se asociază cu toleranţă percepută, dependenţă şi sindrom de sevraj, precum şi cu "insomnie de recădere" la întreruperea medicaţiei.[w7-9] Ele pot avea şi efecte adverse şi, în rare cazuri, pot fi asociate cu anumite comportamente neobişnuite în timpul somnului (de exemplu, "condusul în somn" ori vorbitul la telefon, fără ca persoana respectivă să-şi amintească de aceste fapte), mai ales dacă sunt ingerate în combinaţie cu alcoolul.[w8] De asemenea, există riscul de a fi folosite greşit – hipnoticele pot accentua starea de "beatitudine" a altor medicamente[w9] – şi au fost utilizate în încercările de supradozaj. Alte probleme pot fi: interacţiunile medicamentoase, cele legate de condusul sub influenţa psihotropelor şi eventualele riscuri ce apar când sunt administrate persoanelor vârstnice (căderi, afectare cognitivă şi oboseală).[w10]

În ciuda acestor posibile inconveniente, agoniştii de receptori benzodiazepinici sunt prescrişi deseori pentru insomnie.[w11] Toleranţa şi dependenţa sunt inconveniente invocate frecvent, cu toate că în multe studii clinice există dovezi medicale contradictorii. Un studiu dublu orb, controlat placebo, cu o durată de şase luni, legat de eszopiclonă, care a inclus câteva sute de pacienţi, a relevat un răspuns susţinut, fără fenomenul de toleranţă.[w12] Benzodiazepinele au arătat în mod constant că îmbunătăţesc latenţa de somn, cresc durata totală a somnului[w11] şi prezintă semnificativ mai multe reacţii adverse faţă de antidepresivele sedative şi antipsihoticele sedative;[w13] cele cu durată mai scurtă de acţiune (zolpidem, triazolam) sunt preferate în insomnia cu latenţă întârziată de somn (pentru a adormi este nevoie de un timp îndelungat); cele cu durată medie de acţiune – de exemplu, temazepam şi zopiclona – sunt de preferat în cazul pacienţilor care se trezesc la miezul nopţii; iar cele cu durată lungă de acţiune, precum clonazepamul, sunt opţiunea cea mai bună pentru persoanele care suferă de insomnie şi anxietate în timpul zilei. Pentru a limita riscul de dependenţă sau pe cel de toleranţă, medicii pot sfătui pacienţii să folosească benzodiazepinele "la nevoie", cu o anumită frecvenţă maximă pe săptămână (nu mai mult de trei nopţi).

Medicamente non-benzodiazepinice folosite ca hipnotice

În general, antidepresivele sedative şi antipsihoticele sedative nu duc la dependenţă de tip fizic, la toleranţă sau la utilizare improprie. De aceea, mulţi doctori preferă să le prescrie în locul benzodiazepinelor, deşi au deseori efecte adverse, precum sedarea în timpul zilei, creştere în greutate sau reacţiile adverse anticolinergice. Antidepresivele sedative sunt mai toxice decât benzodiazepinele în supradoze şi există mai puţine dovezi în legătură cu eficienţa lor faţă de benzodiazepine în tratamentul insomniei. Antipsihoticele sedative prezintă şi ele risc de diskinezie tardivă şi de creştere în greutate. Antidepresivele sedative pot fi de ajutor în situaţiile în care există semne clinice de anxietate ori de depresie.

Melatonina este un hormon al glandei pineale, secretat, în mod normal, la întuneric. Se apreciază că semnalizează iniţierea somnului şi că prezintă, totodată, unele efecte de

stimulare a somnului. Cele mai multe studii clinice au arătat, însă, că melatonina pe cale exogenă nu este eficientă în insomnia primitivă,[w14] deşi afectează ritmul circadian şi este administrată în tratamentul insomniei generate de diferenţele de fus orar,[w15] de afecţiunile ritmului circadian sau de lucrul în ture.

Deşi îşi au locul lor, aceste medicamente ar trebui avute în vedere doar în cazul pacienţilor care nu prezintă niciun fel de ameliorare după terapia cognitiv-comportamentală sau după alte intervenţii non-medicamentoase.

Când şi unde trebuie trimişi pacienţii pentru consult de specialitate?

Atunci când există neclarităţi legate de diagnostic sau dacă au fost identificate anumite temeri legate de siguranţă (de pildă, somnolenţă excesivă în timpul zilei ori parasomnii care duc la vătămări), este indicată trimiterea la un specialist în somnologie şi evaluarea de către acesta. Dacă un astfel de cadru medical nu este la îndemână, consultarea serviciilor de neurologie, a celor de medicină generală sau de psihiatrie poate ajuta la stabilirea celei mai adecvate modalităţi de examinare de către un doctor specialist.

Contribuţii: BA a avut idea reviziei, KF a elaborat prima versiune a manuscrisului. Următoarele versiuni au fost scrise de toţi autorii, CRE a contribuit la manuscris şi a oferit o părere avizată de medicină primară, AF a scris paragraful despre medicaţie şi a furnizat părerea specialistului în somnologie, toţi autorii au citit toate versiunile. BA este garantul.

Conflicte de interese: Toţi autorii au completat declaraţia unificată ICMJE www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibilă la cerere autorului de corespondenţă) şi au declarat că nu au avut: niciun suport din partea vreunei organizaţii pentru lucrarea de faţă; nicio relaţie financiară cu vreo organizaţie care ar putea avea vreun interes din lucrarea de faţă în ultimii trei ani; nicio altă relaţie sau activitate ce ar putea să pară că ar fi influenţat lucrarea de faţă.

Provenienţă şi modalitate de recenzare: Articol necomandat, cu evaluare externă.

Traducere: Dr. Emanuela Micu

1 Morphy H, Dunn KM, Lewis M, Boardman HF, Croft PR, Morphy H, et al. Epidemiology of insomnia: a longitudinal study in a UK population. *Sleep* 2007;30:274-80.
2 Arroll B, Fernando A, Falloon K, Warman G, Goodyear-Smith F. Sleepless in Seattle? Finding patients with primary insomnia using the Auckland Sleep Questionnaire. North American Primary Care Research Group Seattle, 2010.
3 Simon GE, VonKorff M. Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *Am J Psychiatry* 1997;154:1417-23.
4 American Sleep Disorders Association. International Classification of Sleep Disorders, second edition: diagnostic and coding manual. American Sleep Disorders Association, 2005.
5 Kuppermann M, Lubeck D, Mazonson P, Patrick D, Stewart A, Buesching D, et al. Sleep problems and their correlates in a working population. *J Gen Int Med* 1995;10:25-32.
6 Marshall NS, Bolger W, Gander PH. Abnormal sleep duration and motor vehicle crash risk. *J Sleep Res* 2004;13:177-8.
7 Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry* 1996;39:411-8.
8 Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* 1989;262:1479-84.
9 Mallon L, Broman JE, Hetta J, Mallon L, Broman J-E, Hetta J. High incidence of diabetes in men with sleep complaints or short sleep duration: a 12-year follow-up study of a middle-aged population. *Diabetes Care* 2005;28:2762-7.
10 Panneman MJ, Goettsch WG, Kramarz P, Herings RM. The costs of benzodiazepine-associated hospital-treated fall injuries in the EU: a Pharmo sudy. *Drugs Aging* 2003;20:883-9.
11 Campbell SS, Broughton RJ. Rapid decline in body temperature before sleep: fluffing the physiological pillow? *Chronobiol Int* 1994;11:126-31.
12 Curran HV, Collins R, Fletcher S, Kee SC, Woods B, Illife S. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychological Med* 2003;33:1223-37.
13 Shapiro CM, Dement WC. Impact and epidemiology of sleep disorders. *BMJ* 1993;306:1604-7.
14 Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991;14:540-5.
15 Rofail LM, Wong KH, Unger G, Marks GB, Grunstein RR. Comparison between a single-channel nasal airflow device and oximetry for the diagnosis of obstructive sleep apnea. *Sleep* 2010;33:1106-14.
16 National Institute for Health and Clinical Excellence. Continuous positive airway pressure for the treatment of obstructive sleep apnoea/ hypopnoea syndrome. NICE, 2008. http://guidance.nice.org.uk/TA139.
17 Cooke JR, Ancoli-Israel S. Normal and abnormal sleep in the elderly. *Handb Clin Neurol* 2011;98:653-5.
18 Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, Fishman T, Gunn J. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ* 2005;331:884.
19 Puddifoot S, Arroll B, Goodyear-Smith FA, Kerse NM, Fishman TG, Gunn JM. A new case-finding tool for anxiety: a pragmatic diagnostic validity study in primary care. *I J Psychiatry Med* 2007;4:371-81.
20 Kroenke K, Spitzer RL, Williams BW, Lowe B. A ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ 4. *Psychosomatics* 2009;50:613-21.
21 Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
22 Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument.

Scanned with OKEN Scanner

Am J Psychiatry 1974;131:1121-3.
23 Wennberg P, Escobar F, Espi F, Canteras M, Lairson DR, Harlow K, et al. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): A psychometric evaluation. *Reports Dept Psychol U Stockholm* 1996;811:1-14.
24 WHO. The ASSIST project—Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. 2011. www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html.
25 Chung F, Yegneswaran B, Liao P, Chung SA, Vairavanathan S, Islam S, et al. Stop questionnaire. A tool to screen patients for obstructive sleep apnea. *Anesthesiology* 2008;108:812-21.
26 Kayumov L, Brown, G, Jindal R, Buttoo K, Shapiro CM. A randomized, double-blind, placebo-controlled crossover study of the effect of exogenous melatonin on delayed sleep phase syndrome. *Psychosom Med* 2001;63:40-8.
27 Rosenthal NE, Joseph-Vanderpool JR, Levendosky AA, Johnston SH, Allen R, Kelly KA, et al. Phase-shifting effects of bright morning light as treatment for delayed sleep phase syndrome. *Sleep* 1990;13:354-61.
28 Best Practice. Insomnia. http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/227.html.
29 Edinger JD, Olsen MK, Stechuchak KM, Means MK, Lineberger MD, Kirby A, et al. Cognitive behavioral therapy for patients with primary insomnia or insomnia associated predominantly with mixed psychiatric disorders: a randomized clinical trial. *Sleep* 2009;32:499-510.
30 Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, Friedman L, Boehlecke B, Brown T, et al. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American academy of sleep medicine report. *Sleep* 2006;29:1415-9.
31 Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL, et al. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep* 2006;29:1398-414.
32 Irwin MR, Cole JC, Nicassio PM. Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychology* 2006;25:3-14.
33 Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE, et al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *Am J Psychiatry* 2002;159:5-11.
34 Edinger JD, Sampson WS, Edinger JD, Sampson WS. A primary care "friendly" cognitive behavioral insomnia therapy. *Sleep* 2003;26:177-82.
35 Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep* 1987;10:45-56.

Sănătatea globală 2011

BMJ Group și NICE International și-au unit forțele pentru a găzdui împreună o conferință de două zile consacrată politicilor de îngrijire a sănătății sustenabile și eficiente. Prevăzută a avea loc în perioada 29–30 Septembrie 2011, la BMA House, Londra, Global Health 2011 (Sănătatea globală 2011) va reuni experți din întreaga lume care vor dezbate subiecte legate de rolul pe care îl are în îmbunătățirea sănătății procesul de stabilire a politicilor sanitare pe baza cost-eficienței și a datelor documentate științific.

Sănătatea globală a fost definită ca "o arie a cărei analiză, cercetare și practică vizează prioritar problema ameliorării sănătății și a echității în sănătate pentru toți oamenii din lume." (*Lancet* 2009;373:1993-5). Este o sarcină covârșitoare, pe care niciun stat ori donator nu poate spera să și-o asume singur. Îndeplinirea ei impune o abordare multidisciplinară în cel mai larg sens al cuvântului, implicând nu doar practica clinică și sănătatea publică, ci și aspectele economice, cultural și politice. O direcție necesară o constituie sprijinirea țărilor cu venituri mici și medii în privința accesului la tehnologiile sanitare importante, precum vaccinurile și medicația antiretrovirală – sunt obiective majore, dar ele nu reprezintă un scop în sine, ci trebuie să fie percepute ca părți integrante ale demersurilor ce urmăresc deszvoltarea unor sisteme de asistență medicală care să ajungă să se susțină singure.

Statele cu venituri mici și medii se confruntă cu o serie de probleme ce le creează mari dificultăți: cum să asigure servicii de îngrijire a sănătății pentru întreaga populație, cum să gestioneze fondurile publice și private destinate asistenței medicale, cum să aloce resursele finite, cum să responsabilizeze angajații din sectorul sanitar ori să faciliteze integrarea și îmbunătățirea calității practicii clinice și a sănătății publice.

Statele dezvoltate au în fața lor provocări similare și sunt încă departe de-a avea soluții la toate. Ele pot și trebuie să-și transfere bagajul de cunoștințe și experiență, care este vital pentru susținerea deciziilor responsabile și cost-eficiente. Și ele, au, însă, multe de învățat. Cuantumul uriaș al cheltuielilor pentru sectorul de sănătate din America – 17% din PIB, procent prevăzut a atinge 20% – a fost recunoscut drept nesustenabil. Ritmul rapid de creștere economică din China, India și Brazilia ridică povara sărăciei de pe umerii a sute de milioane de oameni. Ce politici ar trebui să urmeze și alte țări emergente de acum încolo, în condițiile în care își permit să aloce 4-5% din PIB îngrijirii sănătății? Cum pot ele să-și valorifice la maximum beneficiile publice, pe baza creșterii continue a resurselor economice proprii, fără să repete greșelile națiunilor dezvoltate?

Global Health 2011 vă oferă prilejul de-a auzi și interacționa cu un registru impresionant de vorbitori renumiți din rândul autorităților de resort, a finanțatorilor, donatorilor și factorilor de decizie în materie de politici sanitare, din țări dezvoltate și în curs de dezvoltare. Sperăm că va fi prima ediție a ceea ce va deveni un eveniment anual ce va contribui la edificarea unei lumi mai sănătoase și mai echitabile.

Mai multe informații privitoare la întrunire, inclusiv la modalitățile de înregistrare și de participare, găsiți pe http://globalhealth.bmj.com.

Global Health 2011

Se va cita ca: *BMJ* 2011;343:d4969
doi: 10.1136/bmj.d4969

Traducere: Roxana Tudor

Scanned with OKEN Scanner

PRACTICĂ MEDICALĂ

CONSULTAȚIA DE 10 MINUTE

Exacerbări frecvente în boala pulmonară obstructivă cronică

Christina George,[1] Will Zermansky,[2] John R Hurst[1]

[1]Academic Unit of Respiratory Medicine, University College London Medical School, Londra NW3 2PF, Marea Britanie
[2]Highgate Group Practice, London, UK
Corespondența la: JR Hurst j.hurst@medsch.ucl.ac.uk

10-MINUTE CONSULTATION
Frequent exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease

Citați articolul ca:
BMJ 2011;342:d1434
doi:10.1136/bmj.d1434

Un fumător în vârstă de 62 de ani, cu diagnostic confirmat de boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC), a primit, pentru a treia oară într-un an, terapie cu antibiotice și corticosteroizi, pentru exacerbări ale afecțiunii de care suferea. Îl îngrijorează acutizările dese și tratamentele adiționale prescrise.

Ce ar trebui avut în vedere

Boala pulmonară obstructivă cronică este caracterizată printr-o obstrucție greu reversibilă a căilor aeriene și o simptomatologie progresivă. Exacerbările din cadrul ei reprezintă un diagnostic clinic de excludere deoarece, la un pacient cu BPOC, agravarea simptomelor poate avea multiple cauze ce trebuie luate în considerare. Frecvența acutizărilor variază de la un pacient la altul, iar cel mai bun element de anticipație este istoricul personal al exacerbărilor. Subiecții cu agravări dese prezintă o deteriorare mai rapidă a funcției pulmonare, o calitate mai proastă a vieții și o mortalitate mai mare. Prevenirea exacerbărilor devine, astfel, o țintă de aur în managementul BPOC-ului.

Este indicat să aveți în vedere:

- Episoadele de deteriorare a simptomelor sunt, efectiv, exacerbări ale BPOC sau există alte explicații?
- Au fost recomandate toate intervențiile existente, destinate reducerii exacerbărilor (caseta)?
- Pacientul folosește medicația prescrisă așa cum a fost indicată?
- Bolnavul înțelege impactul exacerbărilor și importanța tratamentului precoce?

Cum ar trebui procedat

Vor fi avute în vedere alternative de diagnostic

Se va stabili dacă evenimentele respective sunt, într-adevăr, exacerbări, și nu alte cauze de deteriorare a stării unui pacient cu BPOC adiacent. Simptomele exacerbărilor includ: agravarea dispneei, creșterea volumului sputei, spută mai purulentă (ce evoluează în decurs de câteva ore până mai multe zile și care durează, de regulă, circa o săptămână).

Bolnavului va fi solicitat să răspundă la întrebări țintite cu privire la simptomele ce pot sugera diagnostice legate de alte afecțiuni respiratorii – de pildă, volum crescut de mucozități (sugerează bronșiectazia), pierdere în greutate sau hemoptizie (cancer pulmonar). Dacă se suspicionează un asemenea diagnostic este necesară demararea unor noi investigații. Tomografia computerizată pulmonară de înaltă rezoluție este eficientă în ceea ce privește detectarea bronșiectaziilor, ce pot exista concomitent cu BPOC.

Vor fi căutate semnele și simptomele ce pot sugera diagnostice la nivelul altor aparate și sisteme – de exemplu, paloare (pentru anemie), ortopnee, edem de gleznă (pentru insuficiența cardiacă, deși între această afecțiune și BPOC nu există o relație de excludere reciprocă). Rapiditatea cu care se modifică simptomele poate sugera anxietatea. Pentru a diagnostica depresia și anxietatea se va folosi un chestionar validat. Când bolnavul are și comorbidități, se va institui tratamentul corespunzător pentru fiecare din ele.

Optimizarea terapiei

Dacă, într-adevăr, pacientul prezintă exacerbări frecvente (două sau mai multe, tratate în decurs de 12 luni), atunci:

- Vor fi maximizate intervențiile farmacologice, prin aplicarea metodei în trepte de severitate, conform ultimelor ghiduri NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence – Institutul Național pentru Sănătate și Excelență Clinică) (caseta cu resurse utile). Curele pe termen lung cu formule orale de corticoizi nu influențează reducerea exacerbărilor din BPOC și nu există niciun rol stabilit al administrării antibioticelor un timp îndelungat sau în scheme alternative.
- Se va evalua măsura în care pacientul își administrează corect medicația prescrisă (de pildă, evaluarea tehnicii inhalatorii).

Prezentul material face parte dintr-o serie de articole ocazionale, legate de probleme întâlnite frecvent în cadrul serviciilor de îngrijiri medicale primare.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

RESURSE UTILE

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Chronic obstructive pulmonary disease: management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care update guideline. 2011. http://guidance.nice.org.uk/CG101

Primary Care Respiratory Society UK. Diagnosis and management of COPD in primary care: a guide for those working in primary care. 2010. www.pcrs-uk.org/resources/copd_guidelinebooklet_final.pdf

Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, Locantore N, Müllerova H, Tal-Singer R, et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2010;363:1128-38. www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0909883

Drug and Therapeutics Bulletin. Preventing exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ* 2011;342:c7207.doi:10.1136/bmj.c7207

- Se va furniza reabilitare pulmonară (care reduce eficient frecvența exacerbărilor).
- Se va recomanda vaccin antigripal sezonier și vaccinare antipneumococică.
- Se va explica tratamentul și se va vedea dacă bolnavul are motive de îngrijorare (generate de anxietate, de înțelegerea medicației, de eventualele reacții adverse).
- Se va exclude insuficiența respiratorie prin oximetrie de screening: folosirea insuficientă a terapiei cu oxigen pe termen lung a fost asociată cu un risc crescut de reinternare. Pacienții care au o saturație în oxigen ≤92% când respiră aerul din cameră și când sunt stabili ar trebui să fie trimiși pentru dozarea gazelor sanguine.

Exacerbările frecvente în ciuda terapiei maximale sau în lipsa altor diagnostice pot necesita consultație la un medic specialist, așa cum este stabilit în declarația din 2008 a British Thoracic Society (Societatea Britanică de Pneumologie (www.britthoracic.org.uk/Portals/0/Clinical%20Information/Good%20Clinical%20Practice/hospreferalthorax.pdf).

Intervenții care au arătat că reduc rata exacerbărilor și a spitalizărilor

A se vedea ghidurile curente NICE pentru indicațiile specifice (caseta cu resurse utile)

Farmacologice

- Corticosteroizi inhalatori
- β-agoniști cu durată lungă de acțiune
- Anticolinergice cu durată lungă de acțiune
- Mucolitice
- Inhibitori ai fosfodiesterazei de tip 4 (PDE4)

Ne-farmacologice

- Reabilitare pulmonară
- Vaccinare antigripală
- Terapie cu oxigen pe termen lung
- Ventilație neinvazivă la domiciliu
- Chirurgie pentru reducerea volumelor pulmonare

Instituirea promptă a tratamentului exacerbărilor este în măsură să determine o recuperare mai rapidă. Astfel, poate fi foarte utilă folosirea la domiciliu a truselor de salvare cu antibiotice sau corticosteroizi. Pacienții vor fi sfătuiți să înceapă administrarea fie a antibioticelor de salvare, dacă remarcă o modificare a culorii sau a volumului sputei, fie a corticosteroizilor, dacă dispneea se deteriorează mai puternic decât se întâmplă într-o zi proastă. Un regim adecvat presupune o cură de șapte zile cu prednison pe cale orală (30 mg pe zi, fără a fi nevoie de scăderea progresivă a dozelor) împreună cu amoxicilină (500 mg, de trei ori pe zi). În cazul bolnavilor cu alergie la peniciline sunt recomandabile antibioticele din clasa macrolidelor sau a tetraciclinelor. Limitele pentru prezentarea clinică variază de la un pacient la altul, cheia fiind educația specifică individuală. Bolnavul va fi încurajat și motivat să se lase de fumat.

Suport și îngrijire paliativă

Grupurile din cadrul Regional British Lung Foundation (Fundația Pulmonară Britanică Regională) "Breathe Easy" pot oferi ajutor și sfaturi altor pacienți cu BPOC din Marea Britanie (www.lunguk.org).

Când deteriorarea progresivă a simptomelor reprezintă un semn de severitate a bolii, și nu neapărat o exacerbare, vor fi solicitate informații referitoare la necesarul de îngrijiri suportive. În acest sens, poate fi adecvată îndrumarea bolnavilor către un mijloc de susținere socială; sfaturi în legătură cu abordarea simptomelor dificile (netratabile) pot fi furnizate și de serviciile de asistență paliativă.

Managementul simptomatologiei în vederea prevenirii exacerbărilor este asigurat la cote optime dacă se apelează la o echipă multidisciplinară, coordonată de un medic din rețeaua de îngrijiri primare. Pacienții pot beneficia permanent atât de educație și instruire din partea asistentelor specializate în boli respiratorii, cât și de sprijinul psihoterapeuților, care conduc, adesea, programele de reabilitare pulmonară.

Conflicte de interese: CG și WZ nu au de făcut nicio declarație privitoare la vreun conflict de interese. JHR a primit onorariu pentru prezentări din partea companiilor AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, GlaxoSmithKline, Novartis și Pfizer. A făcut parte din comisia de consultanță a firmelor Astra Zeneca și Bayer.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol necomandat, cu evaluare externă.

Traducere: Dr. Emanuela Micu

Scanned with OKEN Scanner

MINERVA

Conform unei metaanalize, diureticele și β-blocantele sunt clasele de antihipertensive cele mai puțin populare în localizările clinice. Ele au fost asociate cu cea mai scăzută aderență a pacienților, în timp ce blocantele de receptori ai angiotensinei II și inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei au cele mai ridicate rate de receptivitate față de tratament. Aderența a fost, însă, suboptimală pentru toate antihipertensivele, indiferent de clasa din care făceau parte (*Circulation* 2011;123:1611-21, doi:10.1161/circulationaha.110.983874).

Un mic studiu a analizat 17 mame biologice și copiii lor sănătoși, repartizați în două grupuri – cu alimentație exclusiv la sân și cu hrană numai prin formulă de lapte, la două până la patru săptămâni de la naștere. Scanarea prin rezonanță magnetică funcțională a activării cerebrale materne în prima lună, ca răspuns la plânsul propriului copil *versus* cel al unui subiect din lotul de control, a arătat că mamele care alăptează au o activare mai mare în zonele cerebrale implicate în atașamentul dintre mamă și sugar și în empatie – girusul frontal superior, insula, nucleul striat și amigdala (*Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2011, doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02406.x).

Se pare că, la pacienții suferinzi de cancer pulmonar cu celule non-mici care primesc chimioterapie, suplimentele cu ulei de pește oferă un beneficiu superior celui furnizat de îngrijirea standard pentru menținerea greutății și a masei scheletice (*Cancer* 2011;117:1775-82, doi:10.1002/cncr.25709). Studiul care a ajuns la o asemenea concluzie a fost finalizat de 40 de asemenea bolnavi – 16 din grupul cu ulei de pește și 24 din cel cu asistență standard; cei din urmă au pierdut, în medie, 2,3 kg, în timp ce pacienții din lotul cu ulei de pește și-au menținut greutatea. Subiecții care au înregistrat cea mai mare creștere a concentrației plasmatice a acidului eicosapentaenoic derivat din uleiul de pește au avut cel mai semnificativ câștig muscular.

Un pacient în vârstă de 78 de ani, cu tegumente deschise la culoare, a fost trimis la clinica noastră pentru tratarea unor tumori cutanate limitate la partea stângă a feței. Examenul histologic a arătat că respectivele formațiuni erau de tip predominant indus de radiația ultravioletă. De la începutul anilor 1970, bărbatul își petrecuse fiecare vacanță, vreme de câteva săptămâni pe an, în Spania, unde se deplasa la volanul unei mașini cu aer condiționat, ținând ferestrele închise în timpul drumului. Geamul blochează complet penetrarea radiației ultravioletă B, dar nu și a celei de tip A, pe care o absoarbe într-o proporție infimă. Prin urmare, recomandăm ferm ca în zonele însorite, chiar și atunci când se conduce o mașină cu geamurile închise, să fie utilizate creme cu protecție solară, capabile să blocheze ambele lungimi de undă.

Oliver Brandt (lwo.brandt@gmx.de), resident, Ernst Hasche, senior physician, **Walter Burgdorf,** professor, **Silke Meier,** resident, **Maurizio Podda,** associate professor, Department of Dermatology, Ludwig Maximilian University, 80337 Munich, Germany

A fost obținut consimțământul pacientului.

Citați articolul ca: *BMJ* 2011;342:d2987

După cercetările ce au relevat o asociere între schizofrenie și infecția cu protozoarul parazit *Toxoplasma gondii*, un studiu de cohortă realizat pe un lot de peste 45 500 de femei născute în Danemarca arată că mamele cu niveluri crescute de anticorpi IgG specifici împotriva tulpinilor de *T. gondii* aveau un risc semnificativ mai accentuat de dezvoltare a tulburărilor din spectrul celor din registrul schizofreniei. Oamenii se infectează, în principal, fie prin consumul cărnii insuficient preparată termic, care conține chisturi de *T. gondii*, fie prin ingestia de oochisturi din fecalele pisicilor infectate ori congenital, de la o mamă cu infecție primară în timpul sarcinii (*American Journal of Psychiatry* 2011, doi:10.1176/appi.ajp.2011.10091351).

Un studiu pilot necontrolat și un altul transversal, controlat cu placebo au investigat efectul consumului de suc de merișor/afin american (cranberry) asupra funcției vasculare, la persoanele cu boală coronariană manifestă. Cercetătorii au arătat că aportul regulat de suc de merișor/afin american a redus velocitatea undei pulsatile femurale și carotidiene – un indicator clinic relevant pentru rigiditatea arterială. Studiul pilot necontrolat a sugerat un beneficiu imediat al consumului sucului de merișor/afin american, dar nu a observat niciun efect pe termen lung asupra indicatorilor activității vasodilatatoare (*American Journal of Clinical Nutrition* 2011;93:934-40,doi:10.3945/ajcn.110.004242).

Transportul serotoninei este reglat de o genă specifică, iar persoanele care au o versiune mai eficace a respectivei gene tind să fie mai fericite, conform unui articol din *Journal of Human Genetics* (2011, doi:10.1038/jhg.2011.39). Au fost analizate datele genetice de la peste 2 500 de participanți la studiul longitudinal național referitor la sănătatea adolescenților, căutându-se în special varianta funcțională a genei 5-HTT. O mai mare proporție a posesorilor versiunii eficace (lungă) a genei – care are drept rezultat o expresie crescută și mai mulți transportori pentru serotonină în membrana celulară – a fost fie foarte satisfăcută (35%), fie satisfăcută (34%) de viața proprie, comparativ cu 19%, în ambele categorii, pentru cei cu forma scurtă a genei.

Traducere: Dr. Rodica Chirculescu

NEXT EVENTS

TARUS Media
HEALTH EVENTS

6-7 Octombrie 2011, Bucureşti

Chronic Disease & Health Management
ediția a III-a

chronic.tarusmedia.ro

17-19 Noiembrie 2011, Viena

Austria-Romania - Forumul Farmaciştilor
ediția a II-a

www.tarusmedia.ro

Decembrie 2011, Bucureşti

Premiile de Excelență Medica Academica
Sub Auspiciile Academiei Oamenilor de Ştiință din România

www.medicaacademica.ro

FORMULAR PENTRU ABONAMENT

Nume.....

Prenume.....

CNP(pt. eliberarea diplomei).....

Instituția.....

Profesia.....

Specializarea.....

Adresa corespondență.....

.....

.....

TARUS Media SRL
B-dul Metalurgiei 78, Sector 4, 041836 Bucureşti
email: alin.seica@tarus.eu, Tel: +40 21 321 0190

Doresc abonament pentru anul 2012

79 RON ☐ Medica Academica

79 RON ☐ British Medical Journal, Ediția în limba română

145 RON ☐ Medica Academica **Pachet special**
British Medical Journal, Ediția în limba română

Plata abonamentului se face în contul
RO08 VBBU 2511 BU05 6055 2701, deschis la Volksbank, Sucursala Apolodor, beneficiar **SC TARUS Media S.R.L.**
(CUI: RO18379900)
Va rugăm să trimiteți o copie după mandatul poştal sau ordinul de plată, împreună cu talonul completat, prin poştă, fax sau e-mail.

Scanned with OKEN Scanner

Conferința Internațională

Managementul Bolilor Cronice

Investiția în calitatea sănătății

Ediția a 3-a, 6-7 octombrie 2011, București

TARUS Media
HEALTH EVENTS

Teme

- Cum creștem calitatea îngrijirilor și cum optimizăm costurilor acestor îngrijiri?
- Care sunt soluțiile de urmat din țări cu tradiție în managementul bolilor cronice, și care nu ?
- Cum trebuie implicați pacienții în autoîngrijiri?
- Cum vor reuși toți profesioniștii din sănătate să colaboreze în vederea unui management performant al bolilor cronice?

PLUS

Sesiune specială

HTA (health technology assessment) și îmbunătățirea calității îngrijirilor

- HTA în România: cine ar putea beneficia?
- HTA în Medicina bazată pe dovezi
- Funcționarea sistemului de rambursare în contextul schimbărilor economice: nevoie de HTA
- În căutarea modelelor ideale de HTA

Speakeri străini confirmați

Dr. Ellen NOLTE, Director, Health and Healthcare Policy Programme, RAND Europa

Françoise CLUZEAU, Senior Adviser NICE International (National Institute for Clinical Excellence, NHS Organization), Marea Britanie

Dr. Lucy REYNOLDS, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Marea Britanie

Partener Gold

AMGEN

Partener

AstraZeneca

UN EVENIMENT UNIC ŞI DE IMPORTANȚĂ MAJORĂ PENTRU PROFESIONIŞTII DIN SĂNĂTATE

Pentru detalii contactați:
Alexandra PAIU
Conference counselor
0745 644 077
alexandra.paiu@tarus.eu

www.tarusmedia.ro

Scanned with OKEN Scanner

BMJ
British Medical Journal
Ediția în limba română

CHESTIONAR EMC

septembrie, 2011/www.bmj.ro

Din: Francesco P Cappuccio, Michelle A Miller. Carența prelungită de somn este asociată cu obezitatea? *BMJRo* 2011;7:285-7.

1. Factorii ce ar putea explica riscul pentru obezitate la copiii mici cu intervale reduse de somn sunt:
A. Modificarea homeostaziei leptină-grelină, cu accentuarea apetitului
B. Instalarea intoreranței la glucoză și a rezistenței la insulină
C. Activarea inflamației ușoare
D. Reducerea cheltuielilor energetice, mediată tot endocrin
E. Creșterea nivelului seric de tiroxină

Din: Boris Kovatchev. Sistemul în buclă închisă pentru controlul diabetului de tip 1. *BMJRo* 2011;7:287-9.

2. S-a demonstrat că, în această etapă a cunoașterii, controlul diabetului de tip 1 prin sistemul de tip "buclă închisă" asigură:
A. Scăderea necesarului de insulină
B. Scăderea episoadelor de hipoglicemie diurnă
C. Ameliorarea controlului nocturn al diabetului, cu diminuarea riscului pentru hipoglicemia nocturnă
D. Reducerea complicațiilor acute ale bolii diabetice
E. Reducerea complicațiilor cronice ale bolii diabetice

Din: Gary R Small, Benjamin J W Chow, Derek Y F So. Prescrierea concomitentă de clopidogrel și inhibitori ai pompei de protoni. *BMJRo* 2011;7:290-1.

3. Întrucât se pare că, la pacienții care au traversat un eveniment coronarian acut, administrarea concomitentă de clopidogrel și inhibitori ai pompei de protoni (IPP) scade efectul antiagregant plachetar al clopidogrelului, soluțiile recomandate sunt:
A. Asocierea aspirinei
B. Renunțarea la terapia cu clopidogrel, deoarece riscul reinfarctizării și/sau al trombozei stentului este mic și neglijabil
C. Recurgerea obligatorie, în toate cazurile, la terapia chirurgicală de by-pass
D. Utilizarea unor IPP (pantoprazol, esomeprazol) care influențează mai puțin calea metabolizării clopidogrelului prin CYP2C19
E. Asocierea unui antagonist de receptori H2 histaminici în locul IPP

Din: Shamsah Kazani, Elliot Israel. Tratamentul cu β-blocante la pacienții cu BPOC. *BMJRo* 2011;7:292-3.

4. Studii recente au demonstrat că, la pacienții cu BPOC, administrarea de beta-blocante poate fi utilă în terapia cronică. Efectul favorabil ar fi legat de:
A. Reducerea capacității de răspuns a căilor aeriene
B. Scăderea inițială a tendinței la bronhospasm
C. Efectul bronhoprotector
D. Acțiunea antiinflamatoare
E. Efectul mucolitic

Din: F D Richard Hobbs. Blocanții receptorilor pentru angiotensină și rezultatele cardiovasculare. *BMJRo* 2011;7:294-6.

5. Blocanții receptorilor de angiotensină oferă anumite beneficii prin reducerea riscului pentru:
A. Accident vascular cerebral
B. Insuficiență cardiacă
C. Diabet zaharat
D. Aritmii cardiace
E. Infarct miocardic acut

Din: Karen Falloon, Bruce Arroll, C Raina Elley, Antonio Fernando. Evaluarea și managementul insomniei în medicina primară. *BMJRo* 2011;7:320-7.

6. Una dintre cauzele relativ frecvente ale insomniei secundare este apneea de somn. Diagnosticul acestei afecțiuni se face prin:
A. Anamneză
B. Examen psihiatric
C. Polisomnografie
D. Pulsoximetrie nocturnă
E. EEG

7. Examenul clinic poate fi util pentru a identifica sau a exclude o cauză a tulburării de somn, de exemplu:
A. IMC scăzut în cazul apneei de somn
B. IMC crescut în cazul apneei de somn
C. Circumferință a gâtului > 40 cm în apneea de somn de tip obstructiv
D. Tulburări neurologice sugestive în boala Parkinson
E. Paloare, în cazul anemiei

8. Melatonina este un hormon:
A. Al glandei pineale (epifiza)
B. Hipofizar
C. Secretat, în mod obișnuit, la întuneric
D. Secretat diurn
E. Util în tratamentul insomniei generată de diferențele de fus orar

Din: Christina George, Will Zermansky, John R Hurst. Exacerbări frecvente în boala pulmonară obstructivă cronică. *BMJRo* 2011;7:328-9.

9. Simptomele exacerbărilor BPOC includ:
A. Agravarea dispneei
B. Creșterea volumului sputei
C. Spută ce devine mai purulentă
D. Febră înaltă cu frison solemn
E. Ortopnee

10. În cazul exacerbărilor BPOC, instituirea promptă a tratamentului este obligatorie și constă în:
A. Medicație cardiotonică
B. Prednison 30 mg/zi, timp de șapte zile
C. Triplă terapie antibiotică: cefalosporină+aminoglicozid+metronidazol
D. Amoxicilină 3 x 500 mg/zi
E. Macrolide sau tetracicline pentru cei cu alergie la peniciline

Chestionar realizat cu sprijinul UMF "Iuliu Haţieganu" Cluj Napoca

Scanned with OKEN Scanner

NOU!

Chestionarul poate fi completat şi on-line pe www.tarusmedia.ro

Nume Prenume

Profesia Specialitatea

Instituţia şi adresa Tel:

Adresa domiciliu Tel:

Data Semnătura Nr. parafă

Loc parafă E-mail:

Stimaţi cititori,

British Medical Journal – Ediţia în limba română (BMJRo) şi Universitatea de Medicină şi Farmacie (UMF) "Iuliu Haţieganu" Cluj Napoca vă oferă o modalitate simplă şi rapidă de-a obţine 50% din punctajul anual necesar: acumularea, până la sfârşitul anului 2011, a **20 de ore de Educaţie Medicală Continuă (EMC)**, prin parcurgerea articolelor publicate în numărul curent al revistei şi completarea corectă a **fiecăruia** dintre cele 10 chestionare cu răspunsuri multiple (cu o valoare de **2 ore de EMC/chestionar**), inserate în revistă, consecutiv, până la finele anului în curs.

Pentru a participa la program şi a beneficia de punctajul menţionat este necesară contractarea unui abonament pe 2011 la BMJRo şi trimiterea, pe adresa redacţiei, a chestionarului şi a formularului de participare completate (prin poştă, fax sau e-mail).

Certificatul care atestă obţinerea a **20 de ore de EMC** se eliberează la sfârşitul anului, la cerere, după completarea a 10 chestionare consecutive, în care aţi răspuns corect la minimum 7 din cele 10 întrebări.

Autorii chestionarelor îşi rezervă dreptul de-a exclude participanţii care nu au completat corect formularele de participare.

BMJ
British Medical Journal
Ediţia în limba română

A SE TIMBRA DE CĂTRE EXPEDITOR!

Destinatar TARUS Media

Bd. Metalurgiei 78, cod 041836, sector 4, BUCUREŞTI
E-mail: bmjro@tarus.eu
Tel/Fax: +40 21 321 01 90

Scanned with OKEN Scanner